

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 61

DE LA

Rétention dans l'Utérus

DE LA TÊTE VENANT DERNIÈRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PANAGHIS FRANGOPOULOS

Né à Argostoli (Grèce), le 1^{er} Mars 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 61

DE LA

Rétention dans l'Utérus

DE LA TÊTE VENANT DERNIÈRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

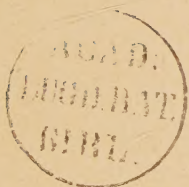
Et soutenue publiquement le 28 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PANAGHIS FRANGOPOULOS

Né à Argostoli (Grèce), le 1^{er} Mars 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	}	X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants	}	GAYET.
Physique médicale		GAILLÉTON.
Chimie médicale et pharmaceutique	}	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique	}	MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ
Anatomie	}	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie	}	LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe	}	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique	}	TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	}	MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie	}	LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes	M. LAROYENNE.
--	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires	CAUSSE, D ^r ès-sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président; M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur;
MM. FABRE et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*C'est à vous que je dédie ce modeste
travail, comme un minime témoi-
gnage de tout le respect et de toute
la reconnaissance que je vous dois.*

FRANGOPOULOS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PRÉFACE

« De tous les accidents qui peuvent être la suite des accouchements laborieux et difficiles, il en est peu qui réunissent plus de complications fâcheuses que celui où la tête de l'enfant est restée dans la matrice après l'extraction du corps ». Et pourtant, malgré la vérité des paroles de Levret, nos classiques modernes ne mentionnent même pas la possibilité de pareil accident. A quoi cela tient-il ?

Nous aimons à croire que ce silence doit être dû à la rareté du fait.

Mais, d'autre part, il n'en est pas moins vrai que ce fait, quoique rare, se présente de temps en temps et met l'accoucheur dans un grand embarras.

Hegard et Schanta, deux accoucheurs renommés qui ont eu l'occasion de voir cet accident se produire sous leurs yeux, l'ont considéré comme le cas le plus difficile de leur pratique.

Pendant notre stage d'accouchements nous avons eu la bonne fortune de voir venir à la clinique de M. le professeur Fochier, une femme de la campa-

gne, dont l'utérus contenait la tête d'un fœtus après extraction du tronc.

C'est alors que M. le professeur Fochier et M. le professeur agrégé Fabre, d'un commun accord, nous ont engagé à étudier cet accident et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons accepté volontiers cette tâche, et nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici notre gratitude envers nos deux maîtres.

M. le professeur Fochier nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui en sommes vivement reconnaissants.

Auprès de M. l'agrégé Fabre nous avons pu profiter de maintes façons au point de vue obstétrical. Il nous a appris beaucoup de choses qui étaient pour nous de vrais problèmes, tout en nous aidant de son mieux et avec sa courtoisie habituelle à l'exécution de ce travail. Enfin que tous nos maîtres de la faculté et des hôpitaux reçoivent ici l'assurance de notre sincère reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Celse (I^{er} siècle) paraît être le premier qui ait fait mention de l'arrachement du tronc et de la rétention de la tête. « Lorsque la tête, dit-il, reste seule dans l'utérus et qu'on ne peut l'avoir qu'avec beaucoup de peine et de difficulté, on doit garnir le ventre de la femme de serviettes pliées en double, faire placer à son côté gauche un homme robuste qui presserait fortement sur le ventre de la femme avec ses mains, en les inclinant un peu de haut en bas, pour faire sortir la tête restée dans la matrice ». La pratique de Celse fut suivie par Moschion (II^e s.) et Rufus Ephesius (III^e s.) jusqu'au temps de Galien.

Oribase (IV^e s.) qui n'a écrit que d'après ce dernier (ce qui l'a fait appeler singe de Galien) nous dit que Galien conseille lorsque la tête est restée dans l'utérus, d'oindre sa main gauche d'une huile quelconque, l'introduire dans la matrice, et tâcher ensuite d'amener la tête avec ses doigts. Si l'on ne pouvait y réussir, il recommande d'employer

alors des crochets qu'on enfoncerait de préférence dans les yeux, les oreilles, la bouche ou par dessous le menton. A partir de cette époque les auteurs paraissent négliger la description de cet accident et c'est seulement onze siècles plus tard qu'Ambroise Paré (1500) nous dit avoir vu à son grand regret la tête restée seule dans la matrice. Cet auteur propose de se servir d'un instrument appelé « pied de griffon » qu'il dit avoir appris dans la « chirurgie française de Dalechamps ». Cet instrument ressemble assez bien à un spéculum uteri d'une plus grande longueur, dont les deux valves auraient les extrémités crochues. Vient ensuite Guilleman, élève d'Ambroise Paré, qui conseille l'emploi de crochets courbes non tranchants.

En 1668, Mauriceau, après plusieurs années de pratique, publie un traité sur les accouchements. A propos de la question qui nous occupe, il conseille de porter derrière la tête une bande de linge mollet coupée en forme de fronde, au moyen de laquelle on pourrait faire l'extraction. Si l'extraction néanmoins devenait impossible, il conseille alors d'abandonner l'expulsion à la nature ; il a même formulé un aphorisme dans ces termes « : Lorsque la tête d'un enfant est restée seule dans la matrice, qui n'est plus assez ouverte pour lui donner passage, il vaut mieux en commettre l'expulsion à la nature que d'en tenter l'extraction avec trop de violence ».

Peu, élève de Mauriceau, suivant les idées de son maître, conseille également de laisser l'expulsion à la nature.

Peu de temps après, Amand (1730), se basant sur les principes de la fronde de Mauriceau, a imaginé une coiffe en soie devant envelopper la tête et qui porte son nom ; cette coiffe se fronce au moyen d'un cordon, à la manière d'une bourse. La coiffe d'Amand fut, plus tard, perfectionnée par Waldgrave, professeur à Copenhague.

Smellie, qui en 1754 fit paraître un traité d'accouchements, ne fait que se ranger à l'opinion de ses contemporains, tout en vantant beaucoup la coiffe d'Amand.

Dronis (1750) est d'avis qu'on enfonce un crochet dans la bouche, les yeux ou le trou occipital et qu'on tâche ensuite de tirer la tête par des efforts redoublés. Il vante aussi une méthode qui consiste à introduire un crochet dans chaque oreille, et à tirer ensuite sur les deux crochets. Dans le cas pourtant où pour une raison quelconque, la tête ne pouvait ainsi être extraite, il conseille l'usage de crochets tranchants, pour dépecer la tête et tirer par parties ce que l'on n'a pu avoir en entier.

En 1760, de la Motte dit s'être servi en pareille circonstance d'un bistouri passé à travers une gaine ouverte par les deux bouts. Il a pu ainsi ouvrir le crâne et donner issue à une partie de la pulpe cérébrale ; après quoi, il a pu faire une bonne prise et avoir ainsi la tête.

La question en était là, lorsque le grand Levret, en 1770, fait paraître une brochure sur les causes, les accidents et le traitement de la rétention de la tête dans l'utérus.

Dans ce livre, après avoir passé en revue la plupart des méthodes, préconisées par ses prédécesseurs, il dit que pour peu qu'on y fasse attention, on ne verrait dans ces méthodes « qu'un produit d'imagination, de¹ superflu ou d'impraticable ». ² Et son raisonnement est juste, en ce sens que la plupart des traitements que nous venons de citer supposent le libre jeu de la main dans la cavité utérine ; or, ce libre jeu étant presque toujours impossible, rend tous ces moyens impraticables. ³

Il décrit ensuite très minutieusement un instrument inventé par lui, auquel il donne le nom de tire-tête. Cet instrument ressemble assez bien à un forceps.

Malheureusement, sa nouvelle méthode est passible des mêmes objections que Levret lui-même formule sur les méthodes de ses devanciers. Il est, en effet, des cas où l'introduction même d'un seul doigt dans l'utérus devient absolument impossible.

Baudelocque (1800) consacre un article entier à ce sujet et pense qu'on ne doit abandonner l'expulsion de la tête à la nature, que dans les cas où les dimensions de la tête seraient assez inférieures à celles du bassin, et que l'expulsion spontanée soit possible. Mais ce cas étant exceptionnel, on doit toujours tâcher d'avoir la tête, soit par la main, soit par les crochets ou le forceps.

En 1830, Mende rapporte, dans une communication faite à ce sujet, trois cas personnels de rétention de la tête dans l'utérus.

Après Baudelocque et Mende, les classiques ne

font plus mention de cet accident, à part Barnes qui, en 1880, le signale dans son livre comme une cause de dystocie fœtale, mais sans toutefois lui donner le moindre développement.

Ce n'est que tout dernièrement, que Neugebauer a publié dans les *Archiv. für Gynecologie*, un article dans lequel, après un court exposé de la question, il cite 70 cas de rétention de la tête, qui ont eu lieu dans les différents hôpitaux de l'Europe et à peu près pendant ces trente dernières années.

Les temps ont changé et, grâce à l'antisepsie et aux progrès de la chirurgie abdominale, nous pouvons aujourd'hui envisager tous ces cas d'un œil plus chirurgical.

CHAPITRE II

Etiologie

Les causes qui, dans un accouchement de la tête dernière, provoquent l'arrachement du tronc et la rétention de la tête, sont différentes, suivant que la résistance offerte par le fœtus est normale ou diminuée.

A. — RÉSISTANCE FŒTALE NORMALE

Mauvaise direction des tractions (Observations : 23, 25, 27, 31, 32, 33, 35, 36, 41, 44, 45, 46, 63, 69).

Une des causes les plus fréquentes, qui déterminent l'arrachement du tronc et la rétention de la tête, provient d'une impéritie opératoire.

Il est facile, en effet, de concevoir que la mauvaise direction des tractions, l'oubli de la manœuvre de Mauriceau, ou sa mauvaise exécution, en produisant ou aidant l'enclavement de la tête, favorisent l'arra-

chement du tronc et la rétention de l'extrémité céphalique dans l'utérus.

Nous allons donc voir quels sont les cas les plus communs où l'enclavement se produit.

Lorsquedansunaccouchementparlesiège, l'extraction se fait irrégulièrement, la rotation interne de la tête peut se faire, mais la tête, au lieu de rester fléchie, se défléchit et le menton se trouve accroché en arrière, au-dessus ou au-dessous de l'angle sacro-vertébral.

La rotation peut ne pas se faire et alors la tête est tantôt fléchie, tantôt défléchie.

Lorsque la tête est fléchie, la face vient se mettre en rapport avec l'arcade pubienne.

Lorsque la tête est défléchie, c'est le menton qui est accroché au-dessus du pubis. C'est dans ce cas que, malgré tous les efforts de l'accoucheur, le dos tourne en arrière.

Prenons, comme exemple, le dernier cas, c'est-à-dire : tête défléchie, menton au-dessus du pubis. Pour que l'accouchement, dans ces conditions, puisse se faire, il faudrait tirer en avant et en haut, c'est-à-dire suivant l'expression consacrée, relever la traction et mettre le doigt dans la bouche. Toute traction dirigée dans un sens autre, ne ferait qu'accentuer l'enclavement et, si cette traction se continuait avec une certaine force, l'arrachement du tronc pourrait en résulter.

Jusqu'à présent, nous n'avons eu en vue que des bassins normaux, voyons un peu ce qui se passe dans les bassins rétrécis,

Rétrécissement du bassin (Obs. 22, 26, 28, 30, 34, 38, 59).

Dans la présentation du siège, les particularités du mécanisme de l'accouchement, qui sont propres aux bassins viciés, ne portent que sur le passage de la tête dernière au niveau du détroit supérieur.

Dans les rétrécissements du bassin, la tête dernière se trouve fléchie ou défléchie au moment où elle arrive au détroit supérieur. Les diamètres céphaliques sagittaux se disposent dans le sens transversal du bassin ; la situation de la tête varie avec les différentes formes du bassin. Dans les bassins aplatis, la tête se présente en attitude intermédiaire et en position transverse ; la flexion n'a pas besoin d'être complète, mais il faut néanmoins éviter la déflexion. Dans les bassins généralement rétrécis, la tête se présente en position oblique et il est nécessaire que la flexion soit complète ; ce dernier point est difficile à réaliser par la manœuvre de Mauriceau ou de Champetier, car le menton étant en contact avec le thorax, la flexion n'est jamais complète, la bouche étant ouverte. Dans les bassins où l'engagement extra-médian est possible (aplatis et asymétriques), l'occiput se déjette de côté vers l'une des fosses iliaques, de telle façon que la nuque vient se fixer sur l'arête de la ligne inominée. Cet engagement extra-médian a pour effet d'amener vis-à-vis du promontoire l'extrémité de l'un des diamètres transverses de la tête, compris entre le bi-temporal et

le bi-pariétal. C'est dans ces cas surtout que la manœuvre de Champetier est utile ; sans elle on aurait beau tirer, on ne ferait qu'accentuer la déflexion de la tête.

Absence de la manœuvre de Mauriceau (mêmes observations que celles qui se rapportent à la mauvaise direction des tractions).

La manœuvre de Mauriceau a pour but, comme on le sait, de substituer un petit diamètre, tel que l'occipito-frontal, à un plus grand, tel l'occipito-mentonnier. Si donc un opérateur cherche à dégager une tête sans faire la manœuvre sus-dite, il est évident que ses efforts seront vains, et qu'au contraire il ne fera que provoquer ou accentuer l'enclavement, car les tractions amèneront à l'entrée du bassin l'occipito-mentonnier qui a 13.5. La tête se défléchira de plus en plus et plus l'extraction deviendra impossible, le diamètre occipito-mentonnier ne pouvant évoluer dans le bassin.

Rétraction de l'anneau de Bandl

(Obs. 2, 51, 53, 54, 65).

La rétraction de l'anneau de Bandl est aussi une cause de difficulté d'extraction de la tête. Cette rétraction peut entraîner l'arrachement du tronc et la rétention de la tête.

La réalité de la rétraction de l'anneau ne peut plus

être mise en doute, après les travaux de Valdeyer, Hofmeier, Varnier, Aconci, etc.

L'utérus gravide est contractile dans toute l'épaisseur de sa paroi, au-dessus des limites qui le séparent du segment inférieur. Cette dernière portion n'est musculaire que dans son tiers externe, où les fibres longitudinales l'emportent de beaucoup sur les fibres circulaires; les deux tiers internes sont conjonctifs. La limite supérieure du segment inférieur est donc la fin des fibres circulaires. A la portion fortement musculaire et active du corps fait suite le tissu conjonctif passif du segment inférieur doublé seulement de quelques fibres longitudinales.

Par suite de la prolongation du travail, d'une présentation vicieuse, etc., après la rupture de la poche des eaux, l'anneau de Bandl peut se rétracter en même temps que le corps utérin. La rétraction de l'anneau de Bandl se reconnaît au toucher. C'est un anneau dur, régulier, qui au contact des doigts se resserre; il est situé à une distance de l'orifice externe au moins égale à la longueur de l'index.

Pour donner une idée de la résistance de l'anneau de Bandl aux agents dilatateurs, nous rapporterons un fait dû à une observation de Demelin. Cet accoucheur, dans une présentation du sommet à pu, malgré la résistance de cet anneau, appliquer le forceps, croyant bien pouvoir abaisser ainsi la tête. Son étonnement fut grand, lorsqu'il vit bientôt le museau de tanche apparaître à la vulve.

Dans les présentations du siège, la rétraction paraît être plus fréquente quand le siège est décom-

plété (Chéron, Th. Paris, 1899). La bande musculaire se trouve en contact avec le fœtus en différents points ; elle peut être élevée et embrasser le cou de l'enfant ; elle peut être basse et croiser transversalement le dos dans sa partie moyenne. Enfin la rétraction peut n'être observée que lorsque l'on veut dégager la tête ; dans ce cas, la rétraction existait auparavant, mais elle a été méconnue.

Les difficultés de l'extraction du siège peuvent se rencontrer à tous les temps de l'opération.

Au moment de la pénétration de la main à travers l'anneau rétracté, au moment du dégagement du siège ou de la tête.

Le passage de la main dans le corps utérin sera gêné par la contraction de l'anneau et exigera des manœuvres plus ou moins longues de dilatation manuelle. Ajoutons à cela que, dans ces conditions, l'exécution de la manœuvre de Mauriceau est le plus souvent impossible.

En effet, l'anneau constitue un cercle très exactement appliqué sur le cou de l'enfant, et le doigt qui cherche à s'insinuer entre le tissu utérin et le corps fœtal ne peut y parvenir, malgré tous ses efforts. La pulpe du doigt peut atteindre la face latérale de la joue, mais lorsqu'elle cherche à gagner la bouche elle ne peut y parvenir ; la saillie du menton est encastrée, moulée sur le tissu contracté de l'anneau ; la flexion par traction sur le menton est donc impossible à produire. La manœuvre de Champetier réussit mal, car l'anneau de contraction se laisse déplacer en totalité, plutôt que de glisser

sur la tête, et si dans ces conditions on continue les tractions, on peut, en exagérant la déflexion, amener son enclavement ou causer des ruptures de l'utérus. En résumé, l'anneau de Bandl peut très bien retarder ou empêcher l'extraction de la tête dernière, retenue par la bande musculaire, et cet obstacle pourrait être fatal au fœtus ou provoquer du côté des régions inférieures de l'utérus des désordres graves.

Rigidité du col (voir obs. 17).

De même que l'anneau de Bandl, le col peut aussi se rétracter et créer ainsi des difficultés pour l'extraction de la tête.

La rigidité du col, que nous mentionnons ici, rentre dans la variété dite autrefois spasmodique ou active, par opposition à la rigidité anatomique ou passive. Cette rétraction, qui n'est pour M. le professeur Fochier qu'une rétraction inflammatoire, survient aussi bien au commencement qu'à la fin du travail. Elle est due le plus souvent à l'infection; autrefois on pouvait incriminer l'emploi de l'ergot.

Le col atteint de rigidité inflammatoire est œdématisé, douloureux au toucher; l'orifice est dilaté et circonscrit par des bords minces et tranchants, mais qui, sous l'influence de l'inflammation, deviennent durs et épais. La femme a de la température, le vagin est sec. Sans qu'il soit nécessaire de supposer une rigidité du col, les mêmes accidents peuvent se produire alors que, pour une raison quelconque, on a commencé une extraction par les pieds. La dilatation

n'étant pas complète, le col a laissé passer le tronc mais ne permet plus l'extraction de la tête.

Malformations utérines (Voir Obs I).

Les malformations utérines doivent compter parmi les causes d'arrachement et de rétention de la tête ; tel le cas relaté dans l'observation de M. le professeur Fochier. Nous donnons plus loin le dessin de cet utérus bicornis dont la section met bien en évidence la corne droite occupée par la tête.

Quelques auteurs, et Gautrelet notamment (Th. de Paris, 1896), qui a fait une étude sur les utérus bifides, disent que l'extraction par le siège ou la version présente de grandes difficultés, lorsqu'il s'agit d'utérus ainsi malformés ; la tête, disent-ils, est le plus souvent retenue par un éperon, une sorte de cloison épaisse. Mais ce qu'ils ne disent pas, c'est l'impossibilité de faire des tractions dans l'axe du détroit et de l'excavation ; en effet, l'existence de cet éperon ne permet pas de tirer dans l'axe de la corne utérine, qui ne correspond nullement à l'axe obstétrical.

Le diagnostic des malformations utérines se fait par le palper. On doit aussi tenir compte de certaines irrégularités de la grossesse, et de l'accouchement surtout, telles que : hémorragies, présentations vicieuses, accouchements prématurés.

Détroncation (Voir obs. 14, 24, 37, 40).

Nous ne parlerons pas, ici, de la détroncation en quelque sorte spontanée qui survient chez les fœtus macérés. Cela fera l'objet du chapitre suivant.

Nous rappelons ici, simplement, la détroncation qui rentre dans le grand cadre des embryotomies proprement dites.

On a vu, en effet, quelquefois, après une embryotomie, la tête retenue plus ou moins longtemps dans l'utérus.

Le plus souvent on a invoqué comme cause de cette rétention, la rétraction de l'anneau de Bandl, ou les rétractions tétaniques de l'utérus ; nous pouvons y ajouter les malformations utérines, ainsi que nous l'avons vu précédemment.

Il se pourrait encore, après la décapitation, qu'on se trouve en présence d'une tête hydrocéphale. On devine aisément les difficultés qui peuvent surgir en pareil cas (Obs. 21).

B. — RÉSISTANCE FŒTALE DIMINUÉE.

Macération fœtale (Voir obs. 19, 20, 47, 4, 62, 66).

La macération ou le développement incomplet du fœtus sont les deux conditions de la diminution de sa résistance.

On comprend facilement que lorsque le fœtus est plus ou moins décomposé, une force minime suffise à

produire l'arrachement du tronc et par conséquent la rétention de la tête.

On doit par principe, dans ces cas, laisser l'accouchement se faire seul ; ce serait un crime que de tirer sur les pieds.

Purslow, devant la Société obstétricale Britannique, disait, en 1894, que, chez les fœtus macérés, l'arrachement du tronc se produit souvent malgré toutes les précautions de l'accoucheur. Toutefois il faut éviter les interventions dans ces cas, car la traction ne peut être appliquée sur aucune région sans être immédiatement suivie de délabrements considérables.

Développement incomplet du fœtus (Voir
obs. 55, 60, 64).

En dehors des cas de macération, la résistance des tissus fœtaux peut être diminuée à cause de leur développement incomplet ; c'est ainsi que dans l'avortement, lorsque l'interruption de la grossesse se produit vers le quatrième ou le cinquième mois, la tête fœtale présente déjà des dimensions considérables par rapport au reste du corps fœtal. Mais, comme les ligaments et les muscles sont peu développés, la résistance que la colonne vertébrale offre aux tractions est très faible et toute tentative d'extraction, agissant sur les membres inférieurs, peut s'accompagner d'un arrachement du tronc. Dans ces cas, en effet, l'extrémité pelvienne de petites dimensions est expulsée dans le vagin, alors que la tête, retenue par le

col insuffisamment dilaté, n'est pas soumise à l'action de la contraction utérine. L'utérus, en partie évacué, se contracte mal.

Le médecin a grande tendance à intervenir; et pendant la traction sur les membres inférieurs, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer des considérations mécaniques qui amènent la déflexion de la tête, le tronc s'arrache, et c'est là une cause d'arrachement et de rétention de la tête assez fréquente.

CHAPITRE III

Mécanisme de l'arrachement.

Avant de décrire le mécanisme suivant lequel se fait l'arrachement du tronc, nous croyons utile de citer les résultats des expériences que Strauss (1) fit à ce sujet en employant des poids: sur un enfant mort-né pesant 3.500 gr., le tronc ne se sépare de la tête qu'après une traction de 800 kilogrammes pendant 10 minutes

Sur un cadavre de fille sans putréfaction aucune, il a fallu une traction de 1.000 kilogr. pendant 8 minutes.

Sur un cadavre frais de garçon, qui avait vécu pendant sa naissance, il a fallu une traction de 1.100 kilogs pendant 12 minutes.

Dans la majorité des cas, cet arrachement se fait entre l'atlas et l'axis, l'apophyse odontoïde restant adhérente à l'atlas, et la moelle, suspendue dans toute sa longueur à la tête.

(1) STRAUSS. — In *Archives de Virchow*, v. XXX.

On voit donc, d'après Strauss, que, pour que l'arrachement ait lieu, il faut en moyenne une traction de 900 kilogr. pendant 10 minutes.

C'est vraiment exagéré; aussi, pour nous, ces résultats ne sont-ils considérés comme exacts, que dans les cas où les tractions se font suivant l'axe de la colonne vertébrale.

Nos vues sont différentes, et nous croyons que dans les tractions oscillantes que l'on exécute dans la manœuvre de Mauriceau ou de Prague, on puisse, avec une force de traction beaucoup moindre, provoquer la rupture des ligaments vertébraux. En effet, l'oscillation des tractions ayant lieu tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, il en résulte que la rupture des ligaments se fait successivement de chaque côté, et que la force, qui est nécessaire pour déchirer les ligaments d'un seul côté, est beaucoup moindre que celle qui serait nécessaire pour amener l'arrachement, lorsque la traction se fait suivant l'axe de la colonne et qui agit sur les régions ligamenteuses tout autour de la colonne.

La résistance musculaire est du reste vaincue de la même manière, ainsi qu'en témoigne la rupture unilatérale du sterno-mastoïdien, observée dans l'extraction de la tête, avec la main appliquée sur une seule épaule.

Nous avons, du reste, vérifié l'exactitude de ce mécanisme en expérimentant avec des poids beaucoup plus réduits que ceux employés par Strauss.

En opérant sur un fœtus de 1.750 gr., expulsé à la suite d'un accouchement prématuré à sept mois, dont

le poids et le développement intra-utérin correspon-
daient autant qu'on peut le supposer à ceux du fœtus
qui fait l'objet de l'observation de M. le professeur
Fochier, nous avons vu qu'un poids de 50 k. agissant
pendant 10 minutes suivant l'axe de la colonne,
n'amenait aucune modification apparente ; au con-
traire, lorsqu'on fait décrire au plateau qui supporte
les poids, des oscillations de 45°, aubout de dix oscilla-
tions la peau s'arrache et au bout de trente le corps
se sépare de la tête. On voit donc que par des tractions
oscillantes la destruction de la colonne peut être réa-
lisée avec un effort beaucoup moindre que celui qui
est indiqué par Strauss.

Et on peut supposer que, même au voisinage du
terme, une force de 50 kilogr. puisse être suffisante
pour détruire la continuité de la colonne ; le nombre
seul des oscillations sera plus considérable.

On voit, par cette simple expérience, que la force
de traction de 50 kilogr. peut être effectuée par un
seul opérateur ; et même en admettant qu'à terme,
la force supérieure soit de plus de 50 kilogr., elle
peut être produite facilement lorsque les opérateurs
sont au nombre de plusieurs.

CHAPITRE IV

Marche des accidents, diagnostic et pronostic de la rétention de la tête

Au point de vue de la marche des accidents, deux cas peuvent s'observer : l'expulsion spontanée et la rétention plus ou moins prolongée de la tête.

L'expulsion spontanée peut avoir lieu le jour même de l'accouchement, ou bien quelques jours après ; la matrice tend à se débarrasser du corps étranger qu'elle renferme, en se contractant énergiquement à certains moments.

Dans ces conditions, la femme se présente à notre examen, ou bien sans symptômes d'infection, ou bien avec des phénomènes de septicémie suraiguë. Notons encore comme complication immédiate, parfois, ces ruptures utérines.

Dans les cas de rétention, la femme présente encore des phénomènes aigus d'infection, sauf dans les cas de rétention prolongée (on a vu en effet des têtes retenues pendant des années) où la femme présente

des symptômes d'infection utérine chronique, rappelant de très près ces états mal définis encore, auxquels on donne le nom de métrite catarrhale chronique, de catarrhe utérin.

Arrivons maintenant au diagnostic, et voyons quels peuvent être les signes qui nous permettront d'arriver à le faire.

Généralement la femme nous apprend l'accident elle-même; mais il y a des cas, ainsi qu'on peut s'en convaincre en parcourant nos observations, où l'on a vu des femmes ne pas se douter de l'existence d'une tète dans leur utérus.

Dans le premier cas, les symptômes apparaissent du jour au lendemain. La malade est prise brusquement d'un frisson violent et, le plus souvent, unique. La température s'élève à 39° ou 40°; elle s'y maintient avec de faibles rémissions; le pouls est à 120. Elle perd du sang noirâtre ou brunâtre d'une odeur fétide. Au palper, on constate que le volume de l'utérus ne correspond pas au temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement et à la dureté de la tumeur. Au toucher on constate l'existence d'une tumeur utérine que l'on sent d'une dureté toute particulière, soit immédiatement, soit après dilatation. Les parties que le doigt rencontre le plus souvent sont : le maxillaire inférieur ou le trou occipital.

Lorsqu'en même temps l'inflammation a pu gagner, par la voie lymphatique, le péritoine, on aura les symptômes d'une péritonite aiguë.

Dans le second cas, la femme se plaint, depuis longtemps déjà, d'un écoulement muco-purulent plus

ou moins fétide, de douleurs vagues ; elle se fatigue rapidement, son visage est décoloré, terreux, elle a, en un mot, le faciès d'une femme présentant des phénomènes de résorption putride. C'est le palper, combiné au toucher, encore dans ce cas, qui va nous révéler la vraie cause de ces symptômes utérins, en nous renseignant sur la consistance utérine et sur l'existence de fistules.

N'oublions pas, en effet, que, le plus souvent, la tête n'a trahi sa présence dans l'utérus que par la sortie de fragments osseux à travers un orifice fistuleux.

Il est encore à remarquer, ainsi que Tarnier disait jadis, combien l'utérus devient parfois tolérable pour les corps étrangers, même en état de putréfaction. Quant au pronostic il tient tout entier à l'élément infection et à l'intégrité de la paroi utérine.

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement qu'on doit toujours tâcher d'appliquer est celui qui permet d'arriver à la tête par la voie vaginale ; ce n'est que lorsque par cette dernière voie l'extraction ne pourrait pas se faire, ou bien dans les cas d'infection puerpérale aiguë, que l'on suivra la voie abdominale.

Les différentes méthodes vaginales proposées sont les suivantes : expectation, extraction digitale ou instrumentale, forceps, perforation et méthode de Van Huevel, crânioclasie ou basiothropsie.

EXPECTATION

Nous avons vu dans nos observations (nos 4, 39, 57, 71) que quelquefois l'expulsion spontanée de la tête a amené pour ainsi dire la guérison de la malade.

Est-ce à dire que c'est une méthode à conseiller ? Nous ne le croyons pas ; toutes les fois que l'expulsion n'aura pas lieu quelques heures après l'accouchement, on devra intervenir ; ce sera le meilleur moyen de mettre la femme à l'abri de l'infection.

Si autrefois l'expectation était conseillée, c'est que dans ce temps-là, l'infection suivait de très près toute opération et inspirait la terreur aux accoucheurs.

EXTRACTION DIGITALE OU INSTRUMENTALE

Avec les doigts on peut tâcher d'accrocher le maxillaire inférieur, le trou occipital ou toute autre région et d'amener ainsi la tête. Mais dans la grande majorité des cas on se heurte devant de grandes difficultés provenant d'une part de la rétraction de l'anneau qui résiste aux agents dilatateurs, d'autre part de l'arrachement du maxillaire inférieur, ou bien de la tête qui peut fuir sous les doigts.

Des crochets de différentes formes peuvent être employés, mais le plus souvent on a recours aux crochets mousses ou pointus.

Le crochet mousse agit comme agent de traction ; on peut l'introduire dans tous les orifices que présente la tête, mais c'est surtout dans la bouche qu'il convient de le placer. Le crochet pointu agit surtout comme agent de dilacération ; on peut l'appliquer sur n'importe quel point de la tête qui se présente. On a employé encore des pinces de toute sorte pour

extraire la tête, en totalité ou par fragments. Si on cherche à extraire la tête en totalité on peut fixer les pinces, soit à l'extérieur, en faisant des tractions sur l'ensemble des parties molles, soit dans l'intérieur si on peut y réussir.

Pour extraire la tête par fragments, ce qui constitue l'extraction appelée, os par os, il faut que la tête soit dilacérée préalablement par des crochets, ou naturellement par la putréfaction. On pourrait encore employer ce mode d'extraction après crânio-clasie ou perforation.

FORCEPS

Au moyen du forceps on a pu quelquefois extraire une tête restée dans l'utérus, mais le plus souvent on rencontre des difficultés insurmontables. Ces difficultés consistent dans l'impossibilité de l'introduction des branches, à cause de la rétraction de l'anneau ou à cause du roulement de la tête.

Lorsque la tête roule dans l'utérus, on doit tâcher de la fixer par les mains à travers la paroi abdominale, par des pinces qu'un aide tiendrait pendant l'application du forceps, ou par le bâtonnet de Pajot.

Ajoutons encore une fois que la plupart du temps on n'arrive pas au but qu'on se propose d'atteindre.

PERFORATION

La perforation est une opération qui consiste à faire une ouverture au crâne, de façon à donner issue

à la matière cérébrale, et réduire ainsi le volume de la tête; on fait pénétrer le perforateur par la bouche, la voûte palatine, la voie sus-hyoïdienne, l'écaille de l'occipital, etc.

La méthode de Van Huevel consiste à pousser une sonde par le canal rachidien jusque dans la cavité crânienne; à injecter à travers cette sonde un liquide quelconque, afin de pouvoir ainsi évacuer la pulpe cérébrale et diminuer le volume de la tête. On doit prendre la précaution de dilacérer la substance cérébrale à l'aide d'un instrument mousse.

Cette méthode n'est praticable que si le doigt peut retrouver l'orifice du canal rachidien, ce qui n'est pas toujours facile à cause des changements de position que subit la tête.

CRANIALOSIE OU BASIOTHRIPSIE

Ces deux méthodes sont souvent impraticables, soit à cause de la rétraction utérine, soit à cause d'un rétrécissement du bassin, soit à cause de la tête qui roule dans l'utérus et ne peut être fixée.

On a conseillé encore de faire la perforation entre les deux branches du forceps; conseil irréalisable le plus souvent à cause des obstacles précédemment décrits.

Supposons maintenant que l'extraction n'ait pu être obtenue par aucun des moyens ci-dessus décrits, ou bien supposons que la femme présente des symptômes d'infections aiguë.

Que pouvons-nous faire dans ces cas ?

Nous répondons fermement que nous devons faire le choix entre deux opérations : la césarienne et l'hystérectomie abdominale totale ou partielle.

Dans les cas de malformation utérine, on doit, croyons-nous, donner le choix à l'hystérectomie, pour mettre la femme à l'abri d'une nouvelle grossesse.

Mentionnons pour finir la symphyséotomie qui a été pratiquée dans ces cas une seule fois (Obs. 67).

CHAPITRE VI

OBSERVATION I

(Inédite.)

(Service de M. le professeur FOCHIER.)

RÉTENTION D'UNE TÊTE DANS LA CORNE DROITE DE L'UTÉRUS. —
OPÉRATION DE PORRO. — MALFORMATION UTÉRINE.

M. C..., âgée de 37 ans, cultivatrice. Père mort d'une attaque. Mère morte d'une attaque aussi.

M. C..., a été réglée à 12 ans. Avant l'apparition de l'écoulement menstruel sont survenus périodiquement, et cela pendant cinq à six mois, des troubles divers, tels que, douleurs abdominales, migraines, vomissements. Ses premières règles ont été normales, non douloureuses, et ont pour ainsi dire supprimé les malaises antérieurs.

Ses règles étaient toujours régulières, sauf pendant ces trois dernières années, où l'écoulement disparaissait une fois par an, pour ne reparaitre qu'un ou deux mois plus tard. Cette disparition avait lieu tantôt le printemps, tantôt l'hiver.

La durée des règles se modifia aussi, et tandis qu'elle était normalement de huit jours, pendant ces trois dernières années elle n'était que de cinq à six.

Il y a trois ans, elle a eu une fausse couche qui s'est pas-

sée d'une façon si simple, que son mari refusa d'envoyer chercher la sage-femme.

Les dernières règles étaient de la fin du mois de juin ou du commencement du mois de juillet 1900. Comme troubles de la grossesse elle n'a eu qu'une fois seulement des nausées ; par contre, elle avait souvent, le matin, des vomissements d'eaux claires qui survenaient sans nausées ni efforts. Au mois d'octobre, elle a eu un vomissement alimentaire.

La gestante a commencé à sentir les mouvements de son fœtus vers le milieu du mois d'octobre et a continué à les sentir pendant les mois de novembre et décembre.

Le 1^{er} janvier 1901 elle a commencé à ressentir des douleurs abdominales et lombaires survenant sans cause appréciable par la malade. Une sage-femme, consultée, diagnostiqua des symptômes d'accouchement. Ces douleurs augmentaient chaque jour d'intensité, avec des intervalles de rémission de quelques jours. D'une façon générale ces douleurs étaient plus fortes pendant la nuit.

Le matin du 6 janvier, rupture spontanée de la poche des eaux qui étaient abondantes, claires et sans odeur. Douleurs du travail intermittentes du 6 au 9 janvier. Le 9 janvier, les douleurs ont été plus rapprochées et l'accouchement s'est fait vers les 11 heures du soir en présence d'une sage-femme. Le médecin du pays est appelé à 1 heure du matin et trouve entre les cuisses de la parturiente le corps d'un fœtus extrait jusqu'à la ceinture ; le fémur droit était fracturé et les chairs déchirées. Que s'était-il passé ? Le médecin l'ignore, et la sage-femme affirme ne pas s'être livrée à des tractions exagérées...

Devant cette situation, le médecin tire avec les deux mains, doucement sur le bassin de l'enfant ; le tronc glisse sans effort, et au bout de quelques minutes un fœtus sans tête est extrait.

Le médecin tire alors sur le cordon dans l'espoir qu'il pourrait ainsi ramener la tête ; mais le cordon casse. Il place alors une pince sur le cordon, et de Belleville où cet accou-

chement avait lieu, il envoie la malade à la Charité de Lyon en voiture (45 kilomètres). La malade arrive à la Charité le 10 janvier à 1 heure du soir. On la prépare pour l'essai d'une intervention par le vagin.

Au toucher avec la main droite entière dans le vagin, on trouve l'orifice externe du col rétracté sur lui-même, on y introduit assez facilement un doigt; mais ce doigt (médius), entièrement dans le col et l'utérus qui forment un conduit cervico-utérin, ne parvient qu'avec peine à sentir la partie fœtale qui est située dans la corne droite de l'utérus. Avec la main gauche, on arrive dans la corne gauche où l'on ne sent rien. Le bout fœtal du cordon est atteint avec l'extrémité du médius.

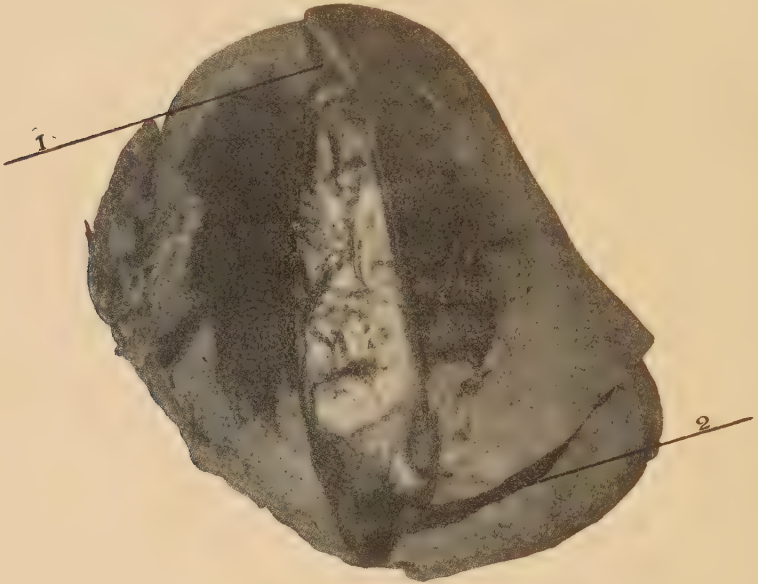
On essaie de faire de la dilatation digitale. On arrive, après une dilatation ainsi faite pendant deux heures, à introduire dans le conduit cervico-utérin deux doigts, et une heure plus tard, dans la partie la plus inférieure de ce conduit on peut introduire trois à quatre doigts.

Devant l'insuccès de ces manœuvres, M. le professeur Fochier est appelé et essaie d'aller à la recherche de la tête, à l'aide de crochets de différents modèles, guidés sur la main gauche vaginale. Ses tentatives sont infructueuses et il ordonne de préparer la malade pour l'opération de Porro. L'incision dépasse un peu l'ombilic. La tumeur est facilement énuclée de l'abdomen et inclinée vers les pubis. Un lien élastique est placé sur le pédicule et au-dessus, l'utérus est sectionné un peu obliquement. Fixation du pédicule à la paroi à l'aide de broches en X. Suture de la paroi au-dessus et au-dessous du pédicule. Pansement au tannin.

Une semaine plus tard, on fait le premier pansement après avoir enlevé les broches en excisant la partie extérieure du pédicule jusqu'au voisinage du lien en caoutchouc. Ablation en même temps des fils métalliques de la suture. Le tube élastique, lien du pédicule, est aussi enlevé ainsi que les parties profondes du pédicule. Guérison.

DESSIN DE LA PIÈCE ANATOMIQUE

La tumeur a été sectionnée très obliquement, ce qui donne une grande surface de section.



L'incision a été faite suivant l'axe de la corne droite et sur la face antérieure. Elle laisse voir la face fœtale de 6 à 7 mois et en arrière le placenta, tout deux logés dans cette corne. L'incision de la corne gauche laisse voir un cul-de-sac utérin dans lequel on aurait difficilement introduit un catheter de la grosseur du petit doigt. Il est en communication avec la trompe gauche et d'une longueur de 5 à 6 centimètres. Les deux cornes sont séparées par un éperon médian mesurant environ 6 centimètres du fond utérin à sa pointe. La musculature utérine est très hypertrophiée à ce niveau.

OBSERVATION II

Inédite

(Due à l'obligeance de M. le Dr SARGNON).

GROSSESSE GÉMELLAIRE ; RÉTENTION DE LA TÊTE DANS L'UTÉRUS APRÈS VERSION

Nous fûmes appelé, au cours d'un remplacement dans les environs de Lyon, il y a trois ans, par un médecin de la campagne, dans les circonstances suivantes :

Il s'agissait d'une grossesse gémellaire ; le premier enfant était venu vivant ; on avait essayé une version pour le second.

Nous nous sommes alors trouvé en présence d'une tête dans le fond de l'utérus, avec rétraction considérable de tout le corps utérin. L'exploration à la main ne pouvait se faire que sous anesthésie. Au toucher, on sentait le maxillaire inférieur et la partie supérieure de la colonne cervicale.

Que s'était-il donc passé ?

Y a-t-il eu des tractions trop fortes faites par le médecin et la sage-femme, ou bien y a-t-il eu d'autres manœuvres d'utilité douteuse ? nous n'avons pu le savoir.

Devant cette situation, nous avons tenté plusieurs applications de forceps, infructueusement. Nous avons employé en vain également le crochet de notre forceps ; la tête ne voulait pas venir. Nous avons songé alors à une craniotomie, mais le procès retentissant survenu peu de temps auparavant y fait vite renoncer ; d'ailleurs, nous n'avions aucun instrument sous la main ; il fallait tout improviser.

Nous essayons avec de longues pinces de forgeron le morcellement ; nous obtenons ainsi tout le massif du maxillaire inférieur et quelques fragments vertébraux. Comme la malade, fatiguée par la durée de l'anesthésie, prenait une syncope, nous nous arrêtons et remettons l'ablation complète au lendemain.

Les instruments employés par nous avaient été minutieusement aseptisés ; une fois la malade réveillée, nous lui avons fait des lavages antiseptiques. Le médecin traitant, peu rompu à la pratique de l'asepsie, n'avait pris aucune des mesures antérieures.

Le lendemain, un autre médecin fut appelé, et la tête put être extraite au forceps.

Au dire de son médecin, la malade n'aurait pas eu de fièvre le jour suivant, mais dans la nuit du surlendemain elle serait morte brusquement.

Est-elle morte de septicémie suraiguë, de rupture utérine ? Nous ne le savons pas, l'autopsie n'ayant pas été faite.

OBSERVATION III

(Inédite.)

(Prise dans le service de M. le professeur FOCHIER, et due à l'obligeance de M. PLANCHU, chef de clinique.)

IV pare, pas de renseignements précis sur ses antécédents. Elle entre à l'hôpital le 10 octobre 1901, poche des eaux rompue depuis 16 heures, utérus très rétracté, anneau de Bandl très saillant et très large constitue un canal de 4 à 5 cent. de hauteur. La présentation est très élevée, le bras pend dans le vagin et l'anneau de Bandl se trouve à peu près au niveau de la partie supérieure de l'humérus.

Diagnostic : épaule droite, dos en arrière. Le fœtus est plié sur lui-même dans son sens latéral. On se rend compte que la version est impossible, et on pratique l'embryotomie. Le creux de l'aisselle étant seul abordable, on commence par essayer une embryotomie thoracique en écharpe, mais la colonne vertébrale est située très en arrière et très haut, et il est impossible de pouvoir la sectionner. On cherche à l'abais-

ser avec un crochet, après avoir, en partie, éviscéré le fœtus. Cet abaissement a pour résultat de faire descendre la tête, et remonter le siège qui avait été abaissé un peu pendant une tentative de version.

Dans cette dernière position, le cou devient abordable ; en glissant profondément la main entre l'utérus et la partie postérieure du cou, et en glissant sur cette main des ciseaux de Dubois courbes, M. Plauchu parvient à faire l'embryotomie cervicale.

L'extraction du tronc ne présente aucune difficulté ; quant à la tête, elle se trouve enchâtonnée dans le fond de la cavité utérine. En plaçant le doigt dans la bouche, et en faisant des tractions on parvient à descendre la tête jusqu'au niveau de l'anneau de Bandl. Mais, arrivée là, il devient totalement impossible de l'extraire, tant l'anneau de Bandl est contracturé.

A l'aide de deux pinces à trois dents fixées sur la région de la nuque, on exerce des tractions d'une main sur le cou et de l'autre sur la symphyse du menton. Ces tractions sont inefficaces et on se décide à perforer le crâne.

Pendant le temps nécessaire à l'aseptisation de l'instrument (perforateur de Blot), l'anneau de Bandl semble se relâcher un peu et, à ce moment, en reprenant les tractions précédentes, la tête descend, et on peut terminer son extraction.

La section du cou a duré 20 minutes, et le temps qu'on a mis à extraire la tête a été au moins de trois quarts d'heure.

Le volume de la tête était celui d'une tête à terme.

OBSERVATION IV.

(Inédite.)¹

Service de M. le professeur FOCHIER, due à l'obligeance de la
sœur CHOMARD.

La nommée E., V., entre à la Maternité le 1^{er} octobre 1899, avec une présentation du siège en état de macération.

A la suite de quelques tractions assez modérées, le tronc s'arrache et la tête est retenue dans l'utérus.

On tente l'extraction de la tête qui roulait dans l'utérus, mais il est impossible de l'atteindre à cause de l'insuffisance de la dilatation.

L'utérus, néanmoins, continue à se contracter et, au bout de quelques minutes, la tête et le placenta sont expulsés.

OBSERVATION V

(In Traité complet des accouchements de la Motte, 1765.)

Un jour on vint me quérir pour accoucher une femme à la paroisse de Huberville, à une demi-lieu d'ici, qui était en travail depuis deux jours. Je trouvai que le cordon avait suivi les eaux avec un bras qui sortait, et que l'enfant se présentait la face en dessus. Comme il n'y avait pas longtemps que ces accidents avaient commencé de paraître, et que le cordon ne souffrait aucune compression, il avait conservé son battement et sa chaleur ; mais comme je ne vis aucun jour à rétablir ce désordre que par l'accouchement, ce fut à quoi je me déterminai, d'autant plus volontiers que la mère

n'avait pas de douleurs, qui était tout ce que je pouvais souhaiter pour le finir heureusement et en peu de temps. Rien ne me fut plus facile que de trouver les pieds de l'enfant que je joignis et que j'amenais dehors, jusqu'aux cuisses; je l'ondoyai et je fis faire ensuite un demi-tour à son corps, pour lui mettre la face en dessous, qu'il avait en dessus et continuai à le tirer jusqu'aux épaules et jusqu'au col. Après que je lui eus dégagé les bras, je donnai quelques légères secousses et le tirai même assez fortement et à plusieurs reprises pour finir cet accouchement, dont le commencement avait si bien réussi; mais ce fut inutilement, ce qui m'obligea, suivant ma méthode ordinaire, à lui mettre mon doigt dans la bouche. J'y fus trompé, en ce qu'au lieu de la bouche, je trouvai la nuque, et que le col n'ayant pas suivi le mouvement du corps, il s'était tors; en sorte que la face était demeurée en haut et le menton, par conséquent, s'étant accroché aux os pubis, était l'obstacle qu'il fallait vaincre pour finir l'accouchement, je donnai ce petit corps à tenir au mari de la malade pendant que je repoussai le derrière de la tête d'une main et que je dégageais le menton de l'autre autant qu'il m'était possible; je dis en même temps au mari de tirer doucement, mais il tira avec tant de violence dans l'espérance de soulager sa femme, qu'il alla tomber à six pas loin du lit avec le corps de l'enfant dont la tête était restée.

Un tel spectacle me surprit, mais sans paraître embarrassé, j'introduisis ma main gauche dans la matrice, sur laquelle j'assujettis cette tête, et avec ma main droite je glissais une gaine ouverte par les deux bouts, dans laquelle était un bistouri qui s'appliquait sur cette tête, avec lequel je fis une ouverture capable d'introduire mes doigts; je l'accrus ensuite autant que je le trouvai à propos, et je tirai une partie de la cervelle; après quoi, je trouvai une prise assez bonne pour tirer cette tête dont le volume était considérablement diminué; je finis, par ce moyen, avec plus d'inquiétude que de peine, un accouchement dont les commence-

ments ne me faisaient craindre ni l'un ni l'autre de ces accidents, tant ils paraissaient favorables.

OBSERVATION VI

(In traité complet des accouchements de la Motte, 1765).

Un jour une dame de la paroisse d'Hauteville m'envoya prier de venir accoucher une pauvre femme de la même paroisse, qui était en travail depuis deux jours. Je trouvai une forte petite femme, âgée d'environ quarante-cinq ans, dont le bras de l'enfant fort petit sortait du jour précédent. Je coulai ma main le long de ce petit bras, pour aller chercher les pieds, que je trouvais en peu de temps ; et après les avoir joints je les attirais hors du vagin, le corps suivi jusqu'au cou ; la malade étant sur le bord du lit qui était fort haut, où il n'était pas resté assez de place pour mettre l'enfant à mesure qu'il sortirait, je fus obligé de le donner tenir à la sage-femme, pendant que j'allais avec douceur dégager la tête, arrêtée au passage à cause de son étroitesse, vu la petite taille, l'âge avancée de la malade, et le long temps que les eaux étaient écoulées, pendant lequel la matrice, irritée par la longueur du travail, et la présence de ce bras au passage, y avait causé de l'inflammation, par conséquent de la dureté, joints au temps qu'il y avait que cet enfant était mort, et qu'il était fort petit, étaient plus de raisons qu'ils n'en fallaient pour ménager cet enfant afin de l'avoir entier ; ce qui me porta à introduire ma main aplatie vers la fourchette, et lui mettre les doigts du milieu dans la bouche, avec mon autre main, au-dessus du col ; mes mesures ainsi prises, je dis à la sage-femme de tirer en douceur, pendant que je dégagerais les parties, crainte d'accident. Elle ne manqua pas de donner, avec aussi peu de sens que d'esprit, une secousse, à peu près pareille à celle du mari de

l'autre femme, qui força le corps de l'enfant de sortir, et la tête resta, laquelle j'eus une peine à tirer que je ne puis exprimer ; l'orifice intérieur de la matrice se resserra sensiblement, quelque effort que je fisse pour l'en empêcher ; je la tirai pourtant enfin sans pouvoir dire comment, je me trouvai tellement épuisé, que je crus mourir. Il n'est pas possible de souffrir plus que fit cette femme. Je l'avais délivrée avant que la tête fut venue, parce que l'arrière-faix m'embarrassait trop, quand je voulus assujettir la tête sur ma main, étant même détachée en sa meilleure partie. La femme se tira d'affaire malgré la longueur et la violence de ce travail ; mais ce ne fut qu'après un long temps, et pour mourir dans un autre accouchement où l'enfant venait encore mal.

OBSERVATION VII

(ARNOULD. — In *Archives de tocologie*, V. XXI, p. 151.)

Arnould rapporte un cas d'arrachement de tronc, dont la tête hydrocéphale a été retenue dans l'utérus.

Pour en réduire le volume, il fit pénétrer dans cette tête un tube à travers la colonne cervicale par le procédé de van Huevel.

Par des lavages répétés, il a pu extraire à travers le tube toute la pulpe cérébrale. Il a ainsi beaucoup diminué le volume de la tête qui a pu, dès lors, être extraite avec une facilité assez relative.

OBSERVATION VIII

(Observation d'ARNSTEIN communiquée par lettre à NAUGEBAUER.)

ARRACHEMENT DE LA TÊTE DANS UNE EXTRACTION PAR LES PIEDS
FAITE PAR UN AUTRE MÉDECIN.

Arnstein arrive à introduire le doigt dans le trou occipital et extraire ainsi la tête. L'accouchée était si épuisée qu'elle mourut peu après. Rupture de l'utérus et septicémie.

OBSERVATION IX

(BAGGER. — Kajsernit p. gr. af afrevet Hooed-Konen hebrevet-Ugeskrift for Laeger, 4, R, Bd XXVII, n° 21.)

OPÉRATION CÉSARIENNE POUR UN CAS DE RÉTENTION D'UNE TÊTE
FŒTALE. — GUÉRISON DE LA MÈRE.

OBSERVATION X

(BRYDON. — In *Brit. Med. Journ.*, London, 1886.)
(In Répertoire universel d'obst. et de gynéc., 1887, p. 427.)

COMPLICATE CASE OF LABOUR SPONTANEUS DECAPITATION.
DÉCAPITATION SPONTANÉE.

Accouchement avant terme au 5^e mois. Pendant l'extraction par les pieds, le tronc s'arrache, la tête est retenue par l'anneau de contraction. Extraction artificielle de la tête.

OBSERVATION XI

(ESTER. — In *Hamburger Zeitschrift für die gesamte Medicin.*, Bd V. 1849.)

Deux accouchements par le forceps. Au troisième accouchement, il fut pratiqué une césarienne pour enlever le crâne fœtal resté dans l'utérus. La femme guérit.

OBSERVATION XII

(Fiodorow. Cas communiqué oralement à Negeubauer en 1898.)

Fjodorow a extrait de l'utérus un crâne retenu chez une femme qui fut apportée à la clinique de Warschau.

OBSERVATION XIII

(FINKE-In *Deutsche med. Wochenschrift*, 1896.)

KASUISTISCHE MITTHEILUNGEN AUS DEM SALVATOR KRANKEN-
HAUSE IN HALBERSTADT BLASEN SCHEIDENFISTEL UND BLASENS-
TEINE VERANLASST DUR FOTUSKNOCHEN.

Le 26 août 1896 fut reçue une femme pour une fistule vésico-vaginale. Elle avait accouché une seule fois, seize ans auparavant, au sixième mois de la grossesse. Elle avait eu une perte sanguine pendant un mois. La sage-femme croyait qu'il s'agissait d'un placenta prævia et envoya chercher un médecin. Celui-ci fit la version et un essai d'extraction par les pieds. Il rencontra de telles difficultés qu'il envoya chercher un perforateur. En attendant, il tira tant et tant qu'il arriva à extraire tout le tronc. Le crâne s'arracha et resta dans l'utérus. Le médecin dit qu'il ne pouvait pas extraire le crâne et que, du reste, la *nature le ferait toute seule*.

Il fit un paquet de ses instruments et laissa la femme. L'accouchée resta un an au lit, avec une perte fétide. Peu à peu, son état s'améliora, au point qu'à la fin de l'année, elle put reprendre le travail des champs. Elle avait, pendant toute cette période, de grosses difficultés pour aller à la selle et

devait s'introduire elle-même le doigt dans l'anus, pour extraire les scybales. Son doigt rencontra un jour un obstacle dur qu'elle finit par extraire; c'était un fragment lisse d'un os du crâne. A partir de ce moment, les selles se faisaient sans difficulté.

La perte vaginale était devenue moindre, mais continuait encore. En janvier 1896, la malade remarqua qu'elle perdait ses urines; sept mois après, se produisirent des douleurs très vives autour de la vessie qui forcèrent la malade à entrer à l'hôpital.

A l'hôpital, l'état général fut trouvé assez bon; près du col utérin, on constate la présence d'une pierre solidement encastrée dans la paroi vaginale. Au toucher, on trouve sur la paroi postérieure du vagin, à deux centimètres au-dessus de la fourchette, une cicatrice, ayant persisté après la guérison spontanée de la fistule recto-vaginale. Finke arriva à introduire un cathéter dans la vessie, à côté de la pierre. La pierre fut enlevée avec une pince: elle avait 4 cent. de long et 2 cent. d'épaisseur. La muqueuse vésicale était nécrosée au pourtour de la fistule.

Dans la pierre, après dissolution dans l'acide chlorhydrique, on trouva deux noyaux: un os occipital et la moitié du maxillaire inférieur du fœtus. Finke croit que le crâne est passé de l'utérus dans le vagin et a produit la fistule vésico-vaginale et le calcul.

Cette observation montre la tolérance extraordinaire de l'utérus et du vagin pour les corps étrangers même en putréfaction.

Les derniers restes de ce crâne fœtal furent expulsés après 16 ans.

OBSERVATION XIV

(FLECKEN. In *Rheinische Monatsschrift für praktische Ärzte*,
III, Jahrg., 1849.)

Flecken dut, trois mois après une embryotomie, enlever un fragment pointu d'un os plat qui s'était fixé dans la paroi vaginale près de la branche descendante du pubis.

OBSERVATION XV

(FRAIPON. In *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*,
vol. XXXIII, 1894.)

Après des essais de forceps, de version et d'extraction par les pieds, le tronc s'arrache et le crâne dut être extrait par fragments.

OBSERVATION XVI

(FREUND. In *Deutsche Klinik*, 1869, n° 33.)

SUR LA TOLÉRANCE DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME PAR RAP-
PORT AUX INFLUENCES SEPTIQUES ET TRAUMATIQUES. — HISTOIRE
D'UNE FEMME QUI PORTE ENCORE DANS L'UTÉRUS DES FRAGMENTS
D'UNE TÊTE FŒTALE RETENUE DEPUIS DIX ANS.

Femme de 34 ans, mariée depuis douze ans, a avorté trois fois, puis enfant à terme, présentation du siège, extraction. La tête s'arrache et reste dans l'utérus sans qu'on puisse arriver à l'extraire par des crochets aigus. A cause de l'épuisement

de la femme, d'une hémorrhâgie très forte, on s'arrêta dans toute espèce de manœuvres, et on laissa le placenta et la tête dans l'utérus.

Il se produisit des crises, comme dans l'éclampsie, et des pertes purulentes. Au sixième jour, le placenta putréfié fut expulsé spontanément et, au septième jour, Max Freund trouve le col de l'utérus déchiré et, fixé dans la paroi utérine, un os qu'il enlève. Les suites de couches furent relativement bonnes et la femme quitta le lit après quelques semaines. Elle pouvait marcher malgré une grande faiblesse. Douleurs diffuses, amaigrissement, gonflement périodique des régions génitales avec paresse des membres inférieurs. Malgré cela les règles revinrent en petite quantité, mais régulièrement. Coût sans difficulté. L'état général resta bon jusqu'en novembre 1868. A ce moment, se produisirent des douleurs vives et des élancements dans la région pubienne. Enfin, un os fut extrait de la vulve par la malade elle-même. Le médecin trouva dans le vagin plusieurs os encore, mais il ne put en extraire qu'un, le reste resta fixé.

W. Freund vit la femme très amaigrie qui racontait qu'elle se fatiguait très vite, que la menstruation était régulière, et que de temps en temps il se produisait des phénomènes inflammatoires du côté de la vulve, et que des os étaient expulsés. La patiente apportait en témoignage trois fragments d'os, dont deux paraissaient être des fragments du sphénoïde, le troisième, un fragment d'os plat.

Les os étaient verdâtres, très légers à cause de la disparition de la substance organique. L'utérus de la dimension du poing en anteversion, l'orifice interne laissait pénétrer le doigt à deux centimètres. A la hauteur de l'orifice interne, la sonde constatait la présence d'un os placé transversalement et comme encastré dans l'orifice. La malade, très nerveuse, ne voulait pas entendre parler de tentative d'ablation de ces os.

En mai 1869, W. Freund revit la malade. Menstruation régulière et indolore, de temps à autre, pertes fétides; l'uté-

rus est devenu plus petit, mais encore augmenté de volume. Freund enlève un fragment osseux.

OBSERVATION XVII

(GESNER In *Centralblatt für Gynækologie*, 1898, n° 12, p. 303.)

Gesner rapporte un cas de tête séparée du tronc fœtal qui a pénétré dans le paramétrium, et qui fut enlevée plus tard d'une cavité purulente.

OBSERVATION XVIII

(GRODECKI. Observation communiquée par lettre à NEUGEBAUER le 4 février 1898.)

Grodecki fut appelé auprès d'une femme de 31 ans, en travail. L'accouchement avait commencé, depuis six jours par une rupture prématurée de la poche et la procidence d'une main. Après 36 heures, les douleurs cessèrent. L'abdomen était météorisé ; dans le vagin se trouvait la main gauche du fœtus putréfiée et verdâtre, gonflement de la vulve et enduit purulent sur la muqueuse. Après extraction de l'avant-bras, Grodecki fit l'éviscération et l'embryotomie ; enfin il arriva à baisser les pieds. L'auteur craignait de voir la tête s'arracher ; il conduisit alors la main droite dans l'utérus, mit deux doigts dans la bouche du fœtus, et continua les pressions avec la main gauche placée sur les épaules.

Malgré tout, le tronc s'arracha. A la fin il arriva à saisir la tête en plaçant un doigt dans la bouche et en entourant la tête des autres doigts. La tête était très putréfiée et l'utérus

rempli de gaz fétides. Etant donné la longueur du travail, l'état des parties génitales, l'auteur, après avoir désinfecté la région, ne conservait aucun espoir de voir la femme guérir. Aussi, grand fut son étonnement lorsqu'après 12 jours une parente vint lui rendre un irrigateur le qualifiant d'inutile, avec les remerciements de l'accouchée. Grodecki dit, en terminant, qu'une femme de paysans lithuaniens est seule capable de supporter pareilles horreurs.

OBSERVATIONS XIX et XX

(GROMADZKI. In *Centrablatt für Gynækologie*, n° 7, 1901, cité par NEUGEBAUER.)

Gromadzki, de Warchau, fut appelé deux fois pour aller chercher une tête séparée du tronc pendant une extraction par les pieds faite par une sage-femme.

Les deux fois il s'agissait d'un fœtus de 8 mois macéré. Dans les deux cas cet accoucheur put extraire la tête sans instruments.

OBSERVATION XXI

Van HASSEL in *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie* 1894, p. 76.

La fille X est âgée de 18 ans. Elle est atteinte de claudication par suite d'une coxalgie gauche datant de ses premières années. Le 25 novembre 1893, étant arrivée presque au terme de sa grossesse, elle ressentit les premières douleurs de l'enfantement. Dans la soirée la poche des eaux creva. La journée du 26 novembre se passa dans l'attente d'une déli-

vrance naturelle qui ne se fit pas, et ce fut seulement le 27 dans la soirée, que l'on eut recours aux bons offices du docteur Baron. Celui-ci dès le premier examen auquel il se livra, trouva le bras gauche et la jambe gauche en prolapsus dans le vagin. Le dos de l'enfant était situé en avant et la tête dans la fosse iliaque droite. Le col étant suffisamment dilaté, il procéda à la version avec les difficultés existant en semblable circonstance.

Après bien des efforts il parvint à saisir le pied droit, à dégager le tronc et à l'amener au dehors. Mais la tête défléchie s'arcbouta sur les crêtes du détroit supérieur; le menton à droite, les deux pariétaux sur le pubis et le sacrum qui proéminait fortement. Il lui fut impossible dans ces conditions d'appliquer le forceps. Toute traction directe sur le tronc ne faisait qu'enclaver davantage le crâne sans le faire avancer et rendre plus dangereux l'état de la parturiente. Quant à l'enfant, il avait succombé à l'asphyxie, même avant l'arrivée de l'accoucheur.

Telle était la situation quand le docteur Baron fit appeler Van Hassel vers onze heures du soir.

La femme avait perdu beaucoup de sang. Son poulx était filiforme et dépressible. Ses souffrances, prolongées depuis trois jours, l'avaient considérablement affaïssée.

Le corps de l'enfant, qui était très robuste et très bien constitué, pendait hors de la vulve. Van Hassel put facilement se rendre compte de la position de la tête, que lui avait indiquée son confrère. Le diamètre antéro-postérieur mesurait de 6 1/2 à 7 centimètres. Les doigts ne purent franchir le détroit supérieur à gauche; pourtant, il parvint à glisser derrière le crâne la branche mâle du forceps. A droite sa main buta contre le menton qu'il ne réussit pas à ébranler ni à repousser vers le haut.

Il essaya de faire pénétrer par la région sous-mentale l'extrémité aiguë et perforante du forceps, sans y parvenir.

Ce fut alors que l'idée lui vint de diminuer le volume du globe crânien en pénétrant par le rachis.

Aussitôt il incisa largement un des espaces intercostaux postérieurs, par l'ouverture duquel il introduisit une des lames de forts ciseaux, à l'aide desquels il sectionna la colonne vertébrale. Il luxa les deux fragments du rachis, et dans la lumière du canal du fragment supérieur, il fit passer une sonde en étain flexible, qui pénétra aisément dans l'encéphale. Par des mouvements de va-et-vient imprimés à l'instrument, il dilacéra la pulpe cérébrale. Puis, pour faciliter sa sortie, injecta une certaine quantité d'eau chaude dans le crâne, de façon à transformer le cerveau en une boullie liquide, qui se mit à couler par le pavillon en assez grande abondance. Ces injections répétées à diverses reprises facilitèrent beaucoup l'issue de la matière cérébrale. Quand Van Hassel crut le vide suffisant, il introduisit de nouveau sa main dans le vagin. Ses doigts pénétrèrent alors avec facilité, à gauche au-dessus du détroit supérieur, et il put constater que les os crâniens chevauchaient et que la tête s'aplatissait. Aussi n'eut-il pas de peine à glisser sur sa main le crochet aigu du forceps qu'il fit pénétrer dans la tête par la fente occipito-pariétale droite. A l'aide de quelques tractions il amena l'enfant au dehors. Il pesait 4000 grammes.

Malgré l'antisepsie la plus sévère, il y eut le lendemain et la semaine suivante, un certain degré de réaction : la température s'éleva même au delà de 39 degrés. Ce fait s'explique par le sphacèle superficiel de certaines parties du canal génital, trop longtemps comprimées par la tête et le corps fœtal. Ces plaques empêchèrent de faire immédiatement la reconstitution plastique du vagin et du périnée, à laquelle on procédera, quand la patiente, aujourd'hui échappée à tout danger, aura repris suffisamment de forces pour supporter cette opération.

OBSERVATION XXII

Professeur HEGAR. — (in *Archive für Gynækologie* BJ XXII, Heft. 2.)

Le professeur Hegar fut appelé le 29 janvier 1873, auprès d'une primipare dont le bassin était vicié par suite d'un spondylolisthesis. Le bras droit de l'enfant était tombé dans le vagin. L'utérus était contracté sur l'enfant placé transversalement ; plusieurs tentatives de version échouèrent, de telle sorte que la décapitation fut exécutée facilement avec de longs ciseaux.

L'extraction du tronc se fit facilement. L'extraction du crâne fut si difficile que le professeur Hegar considéra cet accouchement comme le plus difficile de toute sa pratique.

La décapitation avait laissé adhérentes au crâne quelques vertèbres cervicales qui empêchaient d'atteindre le trou occipital. On place un crochet dans la bouche qui brise le maxillaire. On avait ainsi perdu le meilleur mode de traction sur le crâne. Un crochet aigu fut introduit jusqu'au fond de l'orbite. On fit une prise de céphalotribe pendant qu'un assistant, par des pressions sur la paroi abdominale, maintenait la fixation du crâne mais l'instrument ne prit qu'un petit segment du crâne et glissait. Le crochet avait perdu son point d'appui. Nouvelle tentative du côté de l'autre orbite qui fut sans succès. Hegar finit par faire une perforation sur la suture squameuse. Cette perforation fut difficile. Enfin, il arriva à perforer le crâne et à extraire la tête par le cranioclaste.

OBSERVATION XXIII

HEJDUKOWSKI in *Centrablatt fur Gynækologie* 1901, cité par NEUGEBAUER).

Dans ce cas, il s'agit d'une femme de la campagne qui accouchait pour la sixième fois. Cette femme avait près d'elle comme accoucheuse une femme sans aucune instruction obstétricale et qui se contentait de frotter avec de la graisse le corps de la patiente, et d'attendre.

Comme après 48 heures l'accouchement ne se faisait pas, elle suppose que l'enfant se présente mal et demande un concours médical. Le mari va chercher un médecin militaire qui trouve les pieds dans le vagin, fait l'extraction d'un enfant macéré, la tête se sépare et reste dans l'utérus. Peu après le Dr Hejdukowski constate la présence d'anses intestinales dans l'utérus, extrait la tête à l'aide du doigt après perforation du crâne, mais la femme mourut peu après.

OBSERVATIONS XXIV et XXV

(HEJDUKOWSKI. In *Centr. fur Gynæk.*, 1901, cité par NEUGEBAUER).

DEUX CAS DE RÉTENTION DE LA TÊTE APRÈS DÉCAPITATION, DANS SA PRATIQUE DE 23 ANS.

Dans le premier cas, un médecin, après décapitation, ne put extraire la tête et Hejdukowski fit une perforation avec les ciseaux de Nœgelé et a extrait la tête avec des crochets aigus.

Dans le second cas, chez une multipare, des femmes avaient opéré pendant 48 heures. Comme elles ne pouvaient réussir, elles appelèrent à leur aide quelques hommes qui, en tirant les uns et les autres, arrivèrent à arracher la tête et Hej-

dukowski, appelé après 10 heures, fit une extraction de la matière cérébrale. L'utérus était rompu et la malade mourut le même jour.

OBSERVATION XXVI

(HEUSSNER. — In *Britisch Medical Journal*, n° 126, 1884.)

Heussner fit le, 23 avril 1880, une opération césarienne avec une amputation utéro-ovarienne consécutive, chez une primipare rachitique de 29 ans, pour une rétention de la tête après décapitation. L'extraction du tronc et la décapitation avaient été faites par un autre médecin.

La malade mourut trois jours plus tard, par suite de l'hémorragie et de l'intoxication phéniquée.

OBSERVATION XXVII

(ISTOMIN. In *Journal für Geburtshilfe und Gynækologie*, 1891, Bd V.)

CAS D'ARRACHEMENT DE LA TÊTE FŒTALE PENDANT UNE EXTRACTION FORCÉE PAR LES PIEDS.

Le 27 février 1891 entra une femme à l'hôpital de Ugliez. L'accouchement avait commencé dans la nuit du 25 au 26 en présentation du siège. Une femme du village extrait le tronc mais ne peut extraire la tête. Pendant 24 heures le statu quo persiste. La femme, 24 heures plus tard, recommence à tirer. Enfin le mari, ne pouvant supporter plus longtemps ce supplice alla chercher un médecin et interdit à la soi-disant sage-femme des essais d'extraction. Il ne fut pas plutôt parti, que la bonne femme appela à son aide deux autres femmes, et alors elles commencèrent des tractions sans s'inquiéter des

cris de la pauvre victime: Bref la tête s'arrache. La dernière traction avait duré pendant trois heures avec douleurs épouvantables pour la patiente et perte de connaissance.

Lorsque le mari revint avec le médecin, la sage-femme et ses aides avaient disparu. La patiente fut placée sur un traîneau et portée à l'hôpital distant de 25 kilomètres. La tête était solidement enclavée dans le bassin, l'occiput en avant et à droite. O. 38,8. P. 104.

Cathétérisme, puis après anesthésie; la tête fut extraite facilement au forceps. La tête était fortement aplatie. Le cou déchiré entre la 2^e et 3^e vertèbre cervicale. La femme guérit dix jours après.

OBSERVATION XXVIII

(JAEGGY. In Wittlinger's *Analekten für die Geburtshilfe*, Bd 1. 1849.)

Jaeggy pratique la césarienne chez une rachitique de 33 ans, deux jours après la rupture de la poche des eaux et 17 heures après le début des douleurs. Chez la même femme il avait, dans un accouchement précédent, fait avec grande peine la version.

Cette fois-ci, il fit de nouveau la version, mais il ne put extraire la tête. Une perforation ne réussissant pas, il fit la décapitation et après, l'opération césarienne.

Après ouverture de l'abdomen et de la cavité utérine, il dut appliquer *par en haut* la forceps sur la tête enclavée dans le bassin. La femme guérit.

OBSERVATION XXIX

(Prof. JASTREBOW. Communication orale à NEUGEBAUER, in *Centr. für Gynak*, 1901.)

Jastrebow enlève de la cavité utérine une tête chez une femme qui est amenée à la clinique obstétricale de Warchau.

OBSERVATION XXX

(JAWOROWSKI. In *Kronika Lekarska*, 1899.)

Primipare avec bassin rétréci, conjugué vrai de 95 millim. Présentation transversale du fœtus. Pendant l'anesthésie version et extraction difficile. Le cou se rompt entre la 2^e et 3^e cervicale. L'auteur coupe les parties molles et, avec l'aide des personnes de la famille qui fixent la tête à travers l'abdomen, il essaye d'appliquer le forceps mais sans succès. Il fait alors une perforation et après 3 heures d'un travail pénible, il réussit à extraire la tête.

Jaworowski considère l'extraction de la tête séparée du tronc comme une des opérations les plus difficiles dans la pratique obstétricale.

OBSERVATION XXXI

(JAWUREK. In *Jygnodik Lekarski*, 1863)

Une sage-femme trouve la tête trop grosse pour que l'accouchement puisse se terminer. Elle fait la version, elle extrait le tronc fœtal, mais ne peut extraire la tête. Elle redouble ses efforts et arrache finalement le tronc qui était uni à la tête par un lambeau cutané. Elle se dit alors « Assez », et s'en alla chez elle en abandonnant la patiente à son sort.

Jawurek fut appelé le jour suivant, il avait à peine le courage d'intervenir étant donné le mauvais état général de la patiente. Enfin, il se décide à opérer en se servant du perforateur de Leissnig-Kiwisch qui a l'avantage de fixer par lui-même le crâne (?). La femme guérit.

OBSERVATION XXXII

(KOBYLINSKI *In* Tygodnik Lekarski, 1857.)

Crâne dans l'utérus. Plusieurs femmes tentèrent d'extraire un enfant par les pieds et laissèrent la tête arrachée du tronc. Kobylinski avait de la peine à croire à un arrachement car la section paraissait être faite avec un couteau.

L'accoucheur introduisit la main gauche dans l'utérus à travers le col béant, saisit de deux doigts le maxillaire inférieur en appuyant sur la tête par sa main droite et chercha à extraire la tête, mais il ne réussit pas. Il cherche alors à introduire un morceau de bois au milieu duquel était fixée une corde. Cette tentative ne réussit pas. Kobylinski prescrit alors un médicament sans compter nullement sur son action, mais pour empêcher l'emploi de moyens dangereux chez ces paysans.

Le troisième jour, frissons, fièvre et le crâne est expulsé. La femme guérit au grand étonnement du médecin.

OBSERVATION XXXIII

(KOPCZYNSKI. Observation communiquée par lettre à NEUGEBAUER.
In Centrabl. für Gynæk, 1901).

En 1891, une femme de paysan, près de Lublin, arrive à la fin de sa grossesse pour la troisième fois. Présentation du siège.

Le mari tira sur les pieds, le tronc fut expulsé mais, la tête ne put être extraite, il se produisit une rupture du cou et la tête resta dans l'utérus.

Kopczynski fut appelé trois jours après ; il introduisit un crochet dans le trou occipital et put extraire la tête. La femme guérit.

OBSERVATION XXXIV.

KOSINSKI (In NEUGEBAUER. *Les corps étrangers de l'utérus*.
Réunion de 550 observations. Breslau, 1897. obs. 87, p. 24)

RÉTENTION D'UNE TÊTE DANS L'UTÉRUS PENDANT 7 MOIS.

Primipare, dystocie, perforation de la tête fœtale. Pendant le second accouchement, il y a neuf mois, un médecin fut appelé après un travail de six jours, version, extraction, tête arrachée.

La malade a un aspect lamentable. Une sonde introduite dans le vagin démontre la présence d'os. La tête est placée dans une cavité dont les parois (comme cela fut vu plus tard) étaient constituées seulement par une partie de la paroi utérine, car il y avait en un certain point rupture utérine. La tête était en partie extra-utérine entourée du pus. La tumeur dépassait la symphyse, bassin rétréci, conjugué vrai de 6 centimètres.

A cause de la petitesse du col utérin, et redoutant les déchirures, on fait une laparotomie. La laparotomie fait découvrir une communication entre la cavité dans laquelle se trouvait le crâne avec l'intestin grêle, et le gros. Cosinski réséqua le fragment de l'intestin grêle communiquant, et fit la suture intestinale. Il laisse persister la fistule du gros intestin à cause des adhérences qui rendraient la résection impossible.

Les os du crâne dénudés avaient pénétré dans la cavité de l'intestin. Tamponnement de la cavité restante, suture de la paroi jusqu'à l'angle inférieur d'où la gaze sort.

Pour faciliter l'écoulement des matières hors de l'utérus, Cosinski dilate le col. Après l'opération un lavage par le rectum revient par le vagin. La malade va bien. Plus tard, fermeture spontanée de la fistule du gros intestin. Il se produisit, néanmoins, une nouvelle fistule, entre le gros

intestin et la paroi abdominale, qui se manifesta après l'extraction de la gaze. Après trois semaines une sonde pénétrait encore à travers la voie abdominale dans le rectum mais il n'y avait plus issue de matières, probablement à cause de la production d'une valvule constituée d'un repli de la muqueuse. Guérison et fermeture spontanée des fistules.

OBSERVATION XXXV

HOSMACINSKI. — Observation communiquée oralement à NEUGEBAUER.
— Observation de la clinique de WARCHAU, inédite. — Protoc, n° 628; 1895.

Une femme, âgée de 25 ans, fut apportée à la clinique du village de Slomkow. La femme présentait une carte signée de deux médecins qui décrivaient ainsi la marche du travail :

Début du travail depuis deux jours, présentation du siège. Les femmes du village avaient extrait les pieds, le tronc ; la tête arrachée était restée dans l'utérus. Les deux médecins s'étaient efforcé de différentes manières à extraire la tête. Ils ne purent y parvenir et se décidèrent à envoyer la femme à l'hôpital pour l'opération césarienne. A la fin de la carte, il était dit que le fœtus présentait un spina-bifida.

Lorsque la malade fut reçue, elle était sans fièvre, le pouls à 132, le ventre ballonné, mais non douloureux. La face, légèrement ictérique, le fond de l'utérus dans l'hypocondre gauche, la paroi utérine mal contractée, la vulve très gonflée, l'entrée du vagin rouge. Hors du vagin, on voit pendre un cordon violacé. Dans le fond du vagin, le doigt arrive sur le cou ; la tête est dans la cavité pelvienne. La tête fut facilement extraite par traction sur le restant du cou. Le placenta fut extrait manuellement, la cavité utérine lavée avec une solution sublimée, puis phéniquée. Les lèvres du

col utérin présentaient de nombreuses déchirures, surtout la lèvre antérieure.

Depuis le début du travail, il s'était écoulé 77 heures; promonto-sous-pubien 10 1/2.

Pendant 10 jours, après l'extraction de la tête, fièvre légère, puis guérison.

OBSERVATION XXXVI

KOZIEJOWSKI et CZERWINSKI (*in Kronika Lekarska*, 1899, p. 683)

Koziejowski fut appelé chez une femme à son huitième accouchement. Les femmes du village avaient extrait le tronc par les pieds, mais ne purent extraire la tête. Elles attachèrent une corde autour du cou et se mirent à tirer. Le cou fut arraché, la tête resta.

Le cou pendait dans le vagin. Les fragments osseux du rachis fœtal étaient si tranchants, que l'on pouvait craindre une blessure de l'utérus et l'auteur se demandait s'il devait enlever les fragments osseux ou bien retourner la tête comme si elle se présentait par le sommet. Mais, à ce moment, il se produisit une hémorragie foudroyante qui mit la vie de la malade en danger.

Koziejowski, en suivant le cordon, atteint le placenta, le décolle et l'extrait; l'utérus se contracte de telle sorte qu'une nouvelle hémorragie n'est plus à craindre. Koziejowski se trouvait en face de telles difficultés qu'il dut faire porter la femme à l'hôpital où le docteur Czerwinski a extrait la tête.

OBSERVATION XXXVII

KUPCZYKOW. — (Communiquée par lettre à NEUGEBAUER) in *Centralblatt fur. gyn.*, 1901, N° 8.

Kupczykow fut appelé pour un accouchement difficile. D'autres médecins avaient pratiqué la décapitation et ne pouvaient plus extraire la tête, tandis que Kupczykow a pu l'extraire assez facilement après anesthésie.

OBSERVATION XXXVIII

(LARROUTURE. — Observation in 58^e vol. du *Journal de Medecine* p. 287).

Un médecin pratique la version chez une femme rachitique à bassin très rétréci au troisième jour du travail, et voyant qu'il ne peut extraire la tête, fait la décapitation et enfin l'opération césarienne pendant laquelle il blesse la vessie. Il put extraire la tête du bassin avec de très grandes difficultés. Le nom du médecin n'est pas signalé.

OBSERVATION XXXIX

LAZANSKI, in *Wiener Medicinalhalle*, 1860, N° 3.

Lazanski décrit l'expulsion spontanée d'une tête abandonnée dans l'utérus après des essais infructueux d'extraction. La sage-femme avait, chez une V pare, pratiqué la version. L'enfant fait sa rotation de telle sorte que le plan

antérieur se porte en avant, le maxillaire reste accroché au-dessus des pubis et la tête est arrachée par les tractions de plusieurs femmes. Après cela, on cherche un accoucheur pour extraire la tête et Lazanski appelé, trouve le maxillaire inférieur fracturé en son milieu, la tête très élevée et fixée par l'utérus tétanisé. Le promontoire facile à atteindre.

Les tentatives de retournement de la tête ne réussirent pas, ni la perforation du pariétal droit, car elle était trop petite.

Comme on n'avait pas de céphalotribe sous la main, on abandonne l'expulsion de la tête à la nature. L'expulsion se fait dans quelques heures. Guérison.

OBSERVATION XL

LESÍ, in *Racloglitore medico*. 10 Januar 1891

Lesi rapporte l'observation d'une césarienne pratiquée chez une primipare de 29 ans, pour une rétention de la tête fœtale après décapitation. On fit un Porro. La femme guérit.

OBSERVATION XLI

LESIN, in *Wrasch*, 1896, n° 43.

Présentation du siège. Après trois jours de travail six paysannes tirèrent si fort que le tronc s'arracha. Sept jours après, la femme fut apportée à l'hôpital avec la tête et le placenta dans l'utérus. On fait le Porro à cause de l'infection et des hémorrhagies. La femme guérit.

OBSERVATION XLII

LOISNEL, (in *Semaine Médicale* 1892, p. 175.)

Au mois de novembre 1891, une femme vint consulter le Dr Notta et lui fit un singulier récit. Cette femme, accouchée déjà deux fois seule, devint enceinte une troisième fois et fut à terme vers le mois d'août. Les choses, cette fois, parurent se passer moins bien que les précédentes. Un médecin fut appelé, qui fit sans doute la version pelvienne, mais qui y procéda, ou du moins, la termina d'une façon anormale. L'enfant était mort assurément. Il put attirer un pied au dehors et le coupa. C'était assez pour un jour. Il revint le lendemain, put attirer l'autre pied et le coupa. Un jour s'écoula, le confrère revint, put sortir le tronc et coupa le cou.

C'était assez sans doute. Aussi s'en alla-t-il en recommandant de faire des injections antiseptiques et d'attendre patiemment : lui n'avait plus besoin de revenir.

Les injections antiseptiques n'existèrent jamais que sur l'ordonnance. La femme ne se doutait pas de ce qu'était une injection.

Elle attendit donc patiemment, se rétablit tant bien que mal, vaqua à ses occupations, se remit à aller traire ses vaches dans la prairie.

Au bout de trois mois, elle n'était pas malade, mais elle n'était pas non plus bien à son aise, et s'étonnait de cette persistance des lochies qu'elle n'avait pas remarquée à ses précédentes couches. Elle vint donc consulter le Dr Notta qui fut un peu surpris.

Il examina, constata d'abord une fistule vésico-utérine, puis reconnut que l'utérus était occupé par une masse volumineuse qui pouvait bien être une tête fœtale. Avec une pince, le Dr Notta put extraire un os décharné qui était un

maxillaire. On fit entrer la femme à l'hôpital et le Dr Notta aidé de ses confrères de Lisieux et du Dr Loïsnel put, après dilatation de l'utérus par les lamineaires, assez lentement et péniblement, débarrasser la malheureuse de tout le squelette de cette tête fœtale qui fut enlevé en détail à l'aide des pinces et de brise-pierres.

Les difficultés de l'extraction se trouvaient accrues par l'impossibilité d'abaisser l'utérus.

Avant qu'on ne l'opérât, la femme n'avait pas présenté d'accidents de septicémie appréciables. Pendant tout le temps que dura le traitement elle alla bien, sauf qu'à deux ou trois reprises quelques petites poussées fébriles de peu d'importance parurent. La fistule vésico-utérine se ferma.

OBSERVATION XLIII

MEISSNER (*In Wittlingers Analecten für die Geburtshilfe*, n° 169, p. 616)

Meissner rapporte un cas de césarienne pour une rétention de la tête fœtale pratiquée à Leipsig. Le cas non publié jusqu'à présent a dû conduire à un procès judiciaire.

OBSERVATIONS XLIV, XLV, XLVI

MENDE (*in gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburts Kunde*).

DE L'ARRACHEMENT DU TRONC DU FŒTUS DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE OU APRÈS LA VERSION

Mende rapporte dans un excellent article trois observations personnelles. Une femme mourut entre ses mains d'hémorragie au moment où il commença l'intervention.

Une autre apportée à l'hôpital présenta pendant le trajet, des douleurs très vives et accoucha en présence de plusieurs femmes. L'enfant venait par les pieds et comme l'expulsion complète tardait, la parturiente elle-même saisit l'enfant à plusieurs reprises, tira très violemment sur l'enfant, jusqu'à ce que les assistantes entendirent un craquement et l'empêchèrent de continuer. Elles conduisirent la femme à l'hôpital. Pendant ce trajet, l'enfant tomba avec la délivrance et la mère apporta le tout dans son tablier. En examinant le fœtus on constatait que le cou était très allongé et que surtout les 3^e et la 4^e cervicale étaient séparées de toutes leurs attaches et que l'union avec la tête n'était plus constituée que par les parties molles. La femme ne présenta aucune suite fâcheuse et retrouva ses forces en peu de jours.

OBSERVATION XLVII

NARATH. *Archiv für Klin chirurgie*. 1897, vol. 52 cah. 2.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES FISTULES INTESTINO-VAGINALES.

Narath rapporte un cas de rétention dans l'utérus de l'os occipital après ablation, os par os, d'une tête d'enfant macéré. Il se produisit une perforation de l'utérus avec fistule double intestino-vaginale. Cette paysanne de 32 ans avait accouché normalement trois fois. Le quatrième enfant mourut pendant le neuvième mois de la grossesse, et la grossesse continua encore un mois. Un médecin fit l'extraction de l'enfant par morcellement. Trois jours après, il constata que l'os occipital était resté in utero, mais ne put l'extraire car la femme refusait toute intervention. Pendant longtemps, fièvre, écoulement de matières par le vagin. Plus tard, expulsion d'os fœtaux. Il s'agissait de fistules iléo-vaginale, jejuno vaginale qui furent traitées, à Vienne, par la résection de l'intestin. La malade guérit.

OBSERVATION XLVIII

(NEUGEBAUER. — In *Centralblatt für gynak.*, 16 février 1901.

Le 4 janvier 1898, je fus consulté par une femme de 25 ans qui avait accouché de son premier enfant un an et demi auparavant. L'accouchement fut difficile à cause d'une présentation transversale et de la rupture précoce de la poche des eaux. Le Dr Stankiewicz fit la version sans anesthésie; le tronc se sépara de la tête. Stankiewicz fit l'extraction de la tête avec des instruments. L'opération dura deux heures

OBSERVATION XLIX

(NEUGEBAUER. — In *Centralblatt für gyn.*, 16 février 1901.)

Pendant l'extraction d'un fœtus syphilitique macéré au sixième mois de la grossesse, le tronc se sépara de la tête. Extraction manuelle de la tête. Guérison.

OBSERVATION L

(OPITZ. — In *Centralblatt für gyn.*, 1895, p. 727.

Opitz rapporte le cas de réiention d'un fragment de la paroi crânienne, retenu pendant deux ans et demi. Le fragment avait 3 centimètres de long et un et demi de large, il appartenait au pariétal.

L'accouchement avait été rendu difficile à cause d'un rétrécissement du bassin avec présentation du sommet et procidence d'un bras; il s'était terminé par perforation et crânioclasie. Le doigt touchait dans le col élargi, un corps dur à bord coupant.

OBSERVATION LI, LII

PELCZYNSKI (cas communiqués à NEUGEBAUER, le 11 novembre 1898).

1^{er} cas. — Cet auteur fit une extraction par les pieds chez une primipare. Le crâne resta dans l'utérus, 8 heures après il fut extrait. La femme mourut quelques jours après l'accouchement.

2^e cas. — Le même auteur rapporte le fait d'une position transversale avec procidence du cordon, version très difficile. Le tronc s'arracha et le crâne resta *in utero*. Des manipulations multiples restèrent sans succès. L'utérus était contracturé sur la tête. On chercha un consultant qui arriva au bout de huit heures. A ce moment on lui dit qu'il n'était plus utile parce que trois heures après, la tête avait été expulsée après de fortes contractions. La femme mourut sept jours après de septicémie puerpérale.

OBSERVATION LIII

PURSLow (in *Centrablatt fur Gynec.*, 1901).

Mère de 10 enfants, âgée de 34 ans.

Les quatre derniers enfants sont morts pendant l'extraction sous le chloroforme. Le 8 octobre, 1889, rupture préma-

turée de la poche des eaux. Le 10 octobre, 1889, procidence d'un pied.

Pendant l'extraction sous anesthésie le tronc s'arrache, la tête reste dans l'utérus; après des tentatives nombreuses l'auteur réussit à l'extraire par des manœuvres manuelles. Guérison.

(*British Medical Journal*, 1895, v. V, p. 130).

OBSERVATION LIV

PURSLow.

Dans son second cas qui était presque identique, il réussit l'extraction avec une pince aiguë.

OBSERVATION LV

(PURSLow.)

AVORTEMENT ARTIFICIEL CHEZ UNE III PARE AU 5^e MOIS.

D'abord tige de laminaire; après 12 heures, dilatation digitale sous le chloroforme. Un pied fut saisi et pendant l'extraction du tronc, la tête s'arrache. Elle fut saisie avec la pince d'Heywood-Schmith. Guérison.

OBSERVATION LVI

(PURSLow. — Observation prise avec le Dr PIGHE.)

Multipare. Les trois derniers enfants sont nés morts. Actuellement fœtus putréfié. La tête reste dans l'utérus. Après des tentatives infructueuses avec le forceps et les crochets, le Dr Pighe envoie chercher Purslow, qui arrive après

cinq tentatives à extraire la tête avec le céphalo-tribe de Braxton-Hicks. C'est l'accouchement le plus difficile que Purslow a eu à traiter. Guérison.

OBSERVATION LVII

(PURSLOW (*British med.*))

Cet auteur signale un cas de Denmann où la tête arrachée fut expulsée au bout de 20 jours.

OBSERVATION LVIII

(SWAYNE (In *Centr. für Gyn.*, 1901.))

L'auteur rapporte un cas observé par son père. Un accoucheur sans diplôme faisait une extraction podalique d'un fœtus putréfié. La tête s'arrache et reste dans l'utérus. L'accoucheur tombe sur le sol le tronc dans les mains.

OBSERVATION LIX

RADZISZEWSKI (in *Centrablatt. für Gyn.*, 1901.).

Bassin généralement rétréci. Placenta praevia latéral, version et extraction.

Le menton se fixe solidement au-dessus des pubis, le tronc s'arrache, une tentative d'extraction de la tête par traction sur le maxillaire inférieur échoue. Perforation de la tête, application du crânioclaste. La femme mourut d'hémorragie pendant l'opération.

OBSERVATION LX

RAUM (in *Centrablatt. für Gyn.*, 1901).

Raum fit l'extraction de fragments osseux du crâne qui provenaient d'un avortement au cinquième mois.

OBSERVATION LXI

REMY (in *Archives de tocologie*, 1895, p. 761).

Madame L..., V pare, est une femme de petite taille, jouissant d'une bonne santé. Rachitique, son bassin est du type généralement rétréci et aplati à un degré très marqué puisque le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est compris entre six et sept centimètres. Son premier accouchement a été terminé par une céphalotripsie. Aux grossesses suivantes la femme est venue à la Maternité de Nancy où l'on provoquait l'accouchement. Cette fois, cette dame ne voulant pas faire ses couches à la Maternité, malgré les conseil qui lui ont été donnés, prie le médecin de sa localité de vouloir bien faire le nécessaire pour provoquer le travail en temps utile. Celui-ci, se rendant au désir de la femme, provoque le travail à sept mois de grossesse, à l'aide de la sonde de Krause, en appliquant la plus minutieuse antisepsie.

Le travail met trois jours environ pour se déclarer nettement et arriver à la période d'expulsion. L'enfant, étant plus gros qu'on ne l'espérait, ne put passer; le médecin traitant, n'ayant à sa disposition que son forceps, fit demander de l'assistance le mardi soir, 5 mars 1895; mais par suite de diverses circonstances, je ne pus me rendre auprès de la

femme que le lendemain matin, 6 mars, à 6 heures du matin. J'appris que n'ayant pu amener au dehors la tête dernière à travers ce bassin vicié, n'ayant d'autre part ni les instruments nécessaires, ni l'assistance immédiate de confrères, le médecin traitant avait pris le parti de séparer le tronc de cette tête pour ne pas laisser pendre au dehors ce tronc de nombreuses heures, ce qui eût été pénible pour la mère comme pour la famille et contraire à l'antisepsie.

L'utérus était bien contracté sur cette tête abandonnée et l'écoulement était très faible ; l'état général restait bon. Avec le médecin traitant nous commençons immédiatement l'extraction après grand lavage aseptique. Ayant rencontré facilement le maxillaire inférieur, je place sur lui une pince à mors pour l'abaisser et fixer la tête en même temps. La voûte palatine se trouve ainsi au milieu même du champ opératoire. Faisant fixer la tête par une pression exercée de l'extérieur, je porte le perforateur de Blot sur la voûte palatine et je le fais pénétrer facilement par cette voie jusque dans la boîte crânienne. Je voulus me servir d'abord du crânioclaste de Simpson, le plus simple ; mais cet instrument glisse. Je prends alors le crânioclaste de Braun et fais pénétrer la branche mâle par le trajet de la perforation, puis je glisse la cuiller femelle du côté gauche en regard de la face du fœtus, puis je serre les mors de l'instrument en actionnant lentement le volant de la vis. Le broiement exécuté, la tête tourne un peu et se laisse extraire avec facilité. Le placenta pincé par son bord entre la face et le bec de la cuiller, suit la tête ; du liquide rose-brun et quelques gaz s'échappent après la sortie de la tête. Bonne rétraction, pas d'hémorragie. Grand lavage antiseptique de l'utérus avec une solution de permanganate de potasse. Guérison avec fistule vésico-vaginale.

OBSERVATIONS LXII et LXIII

(RUTKOWSKI. In *Central-für gyn.*, 1901.)

Dans le premier cas, il s'agit d'un fœtus mort probablement depuis longtemps. Le crâne fut extrait par des manœuvres manuelles.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 32 ans chez laquelle le mari sépare le tronc de la tête, après 8 ou 10 tractions très fortes. Rutkowski fit une perforation dans la cavité orbitaire avec le perforateur de Blot. Il évacua la pulpe cérébrale et tenta l'extraction en introduisant son doigt dans la perforation et en tirant. Il ne réussit pas. Il fit alors l'extraction séparée du frontal, du pariétal, et put alors extraire le reste du crâne.

La délivrance se fit spontanément. La femme était très épuisée, mais elle se remit et quitta le lit le 5^e jour.

OBSERVATION LXIV

(SAXTORPH. In *Œuvres de Saxtorph* Copenhague, 1803, p. 361.)

Accouchement prématuré à 7 mois. Version par une sage-femme, arrachement du tronc et rétention de la tête. Saxtorph fit tous ses efforts pour extraire la tête sans y réussir. Après quelques heures de douleurs la tête fut expulsée dans le vagin, d'où on put la sortir sans peine.

OBSERVATION LXV

(SCHAUTA. In *Centrab. für Gynec.*, 1901.)

Femme âgée de 40 ans, VI pare. Œdème des jambes depuis 3 mois. Crises d'éclampsie, grossesse de 7 mois. Le

col a encore sa longueur, la poche des eaux est rompue, siège très élevé et mobile.

A cause du mauvais état général on se décide à intervenir.

Application intra-utérine d'un ballon et traction sur le ballon. Après 30 minutes, le canal cervical permettait l'introduction de 3 doigts, on abaisse un pied. Extraction. Le tronc s'arrache et la tête reste *in utero*.

L'extraction de la tête présenta des difficultés colossales, insuccès du forceps, du crânioclaste et des crochets de Sinellie. Enfin la tête fut extraite par morcellement avec la pince à os de Boer.

Mort par hémorragie un jour après l'accouchement.

OBSERVATION LXVI

SCHAUTA (in *Centr. für Gyn.*, 1091).

PRÉSENTATION DU SIÈGE CHEZ UN ENFANT MACÉRÉ.

Un médecin fit l'extraction pendant laquelle le tronc s'arrache. Le médecin extrait le placenta. La malade entre douze heures après dans la clinique de Schauta. L'utérus arrive jusqu'au niveau de l'ombilic. L'orifice interne peut être traversé par trois doigts. On sent la surface du crâne. Fixation de la tête à travers la paroi abdominale. Perforation avec le perforateur de Nœgelé. L'application du crânioclaste ne réussit pas. L'application du crochet de Braun introduit par l'ouverture, échoue et on ne réussit que par l'application successive du crânioclaste sur toute la périphérie du crâne.

Tamponnement vagino-utérin à la gaze iodoformée, fièvre pendant deux jours. Guérison.

OBSERVATION LXVII

SCHWARTZ in *Centr. fñr Gyn.*, 1893).

SYMPHYÉOTOMIE POUR RÉTENTION DE LA TÊTE APRÈS DÉCAPITATION.

III pare, âgée de 22 ans (une fois forceps, une fois version, enfants morts). Bassin généralement rétréci. Tentative infructueuse du forceps. Déchirure du col, tétanos utérin. Version. Arrachement du tronc. Rétention de la tête. Hémorragie. Tamponnement vagino-utérin.

Lorsque Schwartz arrive auprès de la malade, il la trouve somnolente et avec 39 degrés de fièvre. Les lochies étaient fétides, l'utérus tétanisé, et il y avait une déchirure du vagin et du segment inférieur de 8 centimètres.

Anesthésie et symphyséotomie. Écartement immédiat de 3 centimètres qui, pendant l'extraction avec le forceps de Breus, a atteint 7 centimètres. Extraction facile. Suture de toutes les plaies. Guérison après huit semaines.

OBSERVATION LXVIII

WEIDMANN (in Siebold, 1796.)

Cet auteur fit chez une femme la césarienne pour une rétention de la tête. Mort huit jours après.

OBSERVATION LXIX

STRAUSS in *Virchow Archiv.*, t. XXX.)

Une vieille sage-femme arrache pendant une extraction le ronc d'un enfant vivant. Strauss, appelé, trouva la femme

presque sans poulx et mourante. Pendant que la sage-femme manœuvrait, le trou occipital s'était déplacé et regardait le foie. Extraction difficile au forceps. Mort.

OBSERVATION LXX

VALKO-HYRCEWITZ (in *der Medycyna*, 1882).

Cet auteur publie une observation de rétention dans l'utérus d'une durée de 8 jours de la tête et du placenta sans aucun accident.

Une femme de 32 ans X pare. Elle accouchait toujours au 7^e ou 8^e mois d'enfants morts. Six fois Talco dut intervenir : quatrefois employant le forceps et une fois faisant l'extraction par les pieds. Dans ces cinq cas l'enfant était macéré. Dans le dernier accouchement en 1881, il dut faire la version pour présentation transversale avec procidence d'un bras. L'enfant vint vivant mais mourut peu après. En juillet 1882, Talco fut appelé auprès de cette femme. Dans le vagin se trouvaient les deux pieds d'un fœtus macéré. Pendant l'extraction, le tronc s'arracha, le cordon, la tête et le placenta restèrent dans l'utérus. Après des efforts infructueux d'une durée de plusieurs heures, Talco se décida à attendre l'expulsion et administra du seigle ergoté.

OBSERVATION LXXI

FOTH (in *Centralblatt für gynec.* 1896).

III pare de 25 ans, une extraction par les pieds fut faite par un médecin au huitième mois de la grossesse. Le tronc s'arracha, la tête resta *in utero*, le médecin ne put l'extraire.

Suites de couches fébriles avec lochies très abondantes

qui durèrent pendant un an avec hémorragies et pertes fétides.

A ce moment seulement, c'est-à-dire un an après, il se produisit des douleurs à la suite desquelles se sont expulsés des os noirâtres qu'un médecin a extraits du vagin.

Seize mois après cet accouchement le restant des os retenus furent extraits avec la pince à polypes et après dilatation à la laminaire, la cavité utérine fut complètement nettoyée.

Tamponnement à la gaze. Guérison.

OBSERVATION LXXII

VALENTA (in *Archiv. für gynec.* v. XIX, p. 431.)

Valenta rapporte un cas dans lequel la tête d'un enfant à terme fut retenue avec le placenta dans la cavité pendant 40 jours sans aucune réaction. Le crâne avait été laissé après une décapitation obstétricale, et malgré la rétention de cette tête, la femme se trouvait en bon état.

L'utérus était en antéversion, très sensible à la pression. La portion vaginale était revenue sur elle-même. A l'orifice interne que le doigt ne pouvait traverser, on sentait une pointe osseuse. Lorsqu'on appuyait sur le fond, on sentait nettement une crépitation, on l'entendait même. En même temps s'écoulait une sécrétion brunâtre très fétide.

Pendant l'accouchement le médecin avait laissé la tête qu'il n'avait pu extraire d'aucune manière. Deux autres médecins n'avaient pas mieux réussi et avaient administré de l'ergotine, car la malade ne voulait pas entrer à l'hôpital. Jusqu'au huitième jour point d'injection vaginale, plus tard, tous les deux jours injection d'eau chaude. Jamais ni frisson ni douleur. Le Dr Kapler, médecin de l'arrondissement,

ordonna l'envoi de la malade dans un hôpital. Temp. 37,5 ; pouls 72.

A l'hôpital, on lui faisait toutes les trois heures des injections d'acide phénique à 3/100, pas de douleurs, le corps de l'utérus est contracté sur le corps étranger, le col a repris sa forme normale. Dans le même jour on donna 5 doses de 1 gramme de seigle ergoté. Quelques fragments d'os sont expulsés mais l'utérus reste mou. Anesthésie, l'orifice externe est à 2 cent. 1/2, l'orifice interne est à 1 cent 1/2.

Avec une longue pince à polype on extrait les os de la base, l'occipital, les frontaux. Les difficultés principales furent rencontrées pour l'extraction des pariétaux, qui saisis par la pince ne pouvaient s'engager dans le col, on dut les fragmenter, avec les os furent extraits en même temps des débris placentaires de dimensions d'une petite paume de main. Les os furent extraits en quarante fragments. Les suites de l'opération se passèrent sans accidents. Guérison.

OBSERVATION LXXIII

ZEMCZUŻNIKOW (*in Protocolle der geb. Gyn.*, 1892, p. 2.)

Chez une VI pare, âgée de 35 ans avec une tumeur sacrée occupant plus de la moitié du petit bassin, les médecins assistants à l'accouchement auraient extrait le tronc et pratiqué une décapitation, mais ils ne purent extraire la tête. Après 10 mois, la femme fut apportée à la clinique de Kiew. Pendant tout ce temp., elle avait présenté des pertes purulentes avec expulsion spontanée de fragments osseux. Des deux côtés, dans les plis inguinaux, cicatrices de fistules guéries. La tumeur était retro-utérine, dans le cul-de-sac de Douglas; l'utérus élevé, l'orifice cervical difficile à atteindre. Le doigt touchait, dans le col utérin, des os fœtaux.

Il existait une perforation de 3 centim., faisant communiquer la cavité cervicale avec le cul-de-sac antérieur. Les os étaient fixés en partie dans le parametrium et dans le tissu cellulaire retro-vésical. Reyl fit l'extraction de tous les os après les avoir divisé avec la pince de Liston. Les deux pariétaux étaient placés l'un sur l'autre de telle sorte qu'il paraissait n'y en avoir qu'un. Les os furent extraits en 51 fragments.

Les suites furent bonnes. Guérison.

OBSERVATION LXXIV

ZEMNZUZNİKOW (*in Cent. fur Gyn.*, 1901.)

Cet auteur rapporte l'observation suivante de Horwitz.

Une multipare de 25 ans mourut vingt-quatre heures après une décapitation sans qu'on puisse arriver à extraire la tête qui avait passé dans la cavité abdominale à travers une rupture de l'utérus.

CONCLUSIONS

I^o. — La rétention de la tête fœtale est un accident qui se produit le plus souvent entre les mains des gens sans éducation obstétricale. Dans certains cas de macération, de putréfaction fœtale ou d'avortement la détroncation peut se faire sous un effort très minime, même entre des mains expérimentées.

II^o. — Les observations publiées de rétention de la tête fœtale concernent des cas de rétrécissements du bassin et de rétraction de l'anneau de Bandl.

III^o. — La cause de la rétention dans l'observation inédite de M. le professeur Fochier, est une malformation utérine, constituant un utérus bicornis.

IV^o. — Le traitement consiste :

1^o Si la malade n'est pas infectée, dans l'emploi de manœuvres vaginales qui sont très facilitées par l'anesthésie, et au besoin de l'opération césarienne conservatrice

2^o Si la malade est infectée, dans l'hystérectomie totale ou partielle.

V^o.— L'hystérectomie peut être aussi indiquée dans les cas de malformation, même lorsqu'il n'y a pas d'infection. Alors, en effet, l'opération césarienne s'impose, mais l'hystérectomie n'augmente pas assez la gravité de l'opération césarienne pour ne pas mettre la malade à l'abri d'une nouvelle menace, s'il ne lui est pas possible de mener une grossesse à terme.

V_U :

Le Président de la Thèse,
FOCHIER.

V_U :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 décembre 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — *Arch. Tocol*, 1890.
ACCONCI. — Segm. inférieur. *Arch. Tocol.*, 1890.
ARNOULD. — *Arch. tocol.*, V, XXI.
ARNSTEIN. — *Centrabl. fur Gynæk.*, 1901.
BUDIN. — Quatre volumes du Traité d'Accouchement de Chan-
treuil, Tarnier et Burdin, 1901.
BAGGER. — *Centralbl. fur Gynæk.*, 1901.
BRYDON. — *British med. Journal*, London, 1886.
BAUDELLOCQUE. — Art des Accouchements, 1796.
CHÉRON. — Th. Paris, 1899.
CHAUVE. — Th. Lyon, 1899.
DEMELIN. — Segment inférieur, th. Paris, 1880.
DEMELIN. — Rétraction utérine. *L'Obstétrique*, 1898.
ESTEP. — *Hamburger Zeitschrift fur die gesante Medicin*. Bd.,
V., 1849.
FINCKE. — *Deutsche Wochenschrift*, 1896.
FRAIPONT. — *Annales de la Société médicale de Liège*, 1894.
FREUND. — *Deutsche Klinik.*, 1869.
GESSNER. — *Centralblatt. fur Gynæk.*, 1901.
GRODECKI. — *Centralblatt fur Gynæk.*, 1901.
GROMADZKI. — *Centralblatt fur Gynæk.*, 1901.
HEGAR. — *Archiv. fur Gynæk.*, vol, XXII.
ISTOMIN. — *Journal fur Geburtschilfe*, 1891.
JAWOROWSKI — *Kronika Lekarska*, 1899.
KOBYLINSKI. — *Tygnodik Lekarski*, 1857.

- LEVRET. — Accouchements laborieux, 1770.
LA MOTTE. — Accouchements, 1765.
LARROUTURE. — *Journal de Médecine*, V, 58, p. 287.
LAZANSKI. — *Wiener Medic.*, 1860.
LESI. — *Raccogliatore Medico*, 1891.
LESIN. — *Wratsch*, 1896.
LOISNEL. — *Semaine Médicale*, 1892.
MAURICEAU. — Accouchements, 1821.
MEISSNER. — *Wittlingers Analecten für die geburtschilfe*, n° 169.
MENDE. — *Gemeinsame für geburts*, 1829.
NARATH. — *Archiv. für klin. Chir.*, 1897.
NEUGEBAUER. — Les corps étrangers de l'utérus, 1897.
NEUGEBAUER. — *Central. für Gynæk.*, 1901.
PURSLOW. — *Britisch Medical*.
RÉMY. — *Archives de Tocologie*, 1895.
SIEBOLD. — Accouchements, 1796.
SMELLIE. — Accouchements, 1754.
SAXTORPH. — *Ceuvres*, 1803.
STRAUSS. — *Wirchow Archiv.*, t. XXX.
VALENTA. — *Archiv. für Gynæk.*, t. XIX.

